

1. INTRODUÇÃO

A promoção da saúde na doença crónica, quer em fases iniciais quer em situações terminais, é um objetivo fundamental dos sistemas de cuidados de saúde, isto é evidente pelo crescente número de investigações sobre a qualidade de vida em pessoas com as mais variadas patologias.

Apesar dos inúmeros avanços ao nível da prevenção e intervenção perante o Acidente Vascular Cerebral (AVC), este continua a ser a condição mais prevalente e com grande impacto na sociedade, com alterações significativas no estado de saúde dos doentes afetados por esta patologia, diminuindo significativamente a sua qualidade de vida.

As incapacidades resultantes do AVC são uma agressão à auto-perceção do indivíduo. Para a maioria das pessoas, a progressão do choque da lesão para a aceitação da incapacidade é complexa com altos e baixos psicológicos. A adaptação do indivíduo à sua incapacidade física é variável e para que este consiga melhorar a sua qualidade de vida relativamente às suas funções deve-se ter em conta aspetos psicossociais, processos de adaptação, ou seja, olhar o indivíduo de forma holística.

Segundo a Direcção Geral de Saúde (Programa Nacional de Prevenção e Controlo das doenças cardiovasculares, Despacho n.º 16415/2003, 2006): “as doenças cardiovasculares, nomeadamente o AVC (...), são a principal causa de mortalidade em Portugal (...) contando-se também, entre as principais causas de morbilidade, invalidez e anos potenciais de vida perdidos na população portuguesa”.

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

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

Garret (1994, cit.in Martins, 2006) refere que quando a duração dos sintomas é curta, com regressão espontânea, verifica-se a presença de um Acidente Isquémico Transitório (AIT), não sendo considerado AVC.

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

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

Quanto à sua etiologia, consideram-se a trombose, a hemorragia, a embolia e a isquemia cerebral transitória como as causas imediatas de um AVC agudo. Nos três primeiros casos produz-se uma área focal de hipoxia ou necrose celular, correspondente ao território irrigado pela artéria ou atingido pela hemorragia, podendo ser envolvida por uma zona de edema mais ou menos extensa (Silva, 2007a).

Etiologicamente, o AVC isquémico ou enfarte cerebral e hemorrágico ou hemorragia intracerebral têm na base diversos problemas o que causa diversos mecanismos de instalação, ou seja, no AVC isquémico pode haver uma interrupção da circulação cerebral por obstrução arterial, com hipo ou ausência de perfusão do tecido cerebral. No AVC hemorrágico haverá uma rutura de vasos, com extravasamento de sangue para o tecido cerebral (hemorragia intracerebral) (Rocha, 2008).

Os dois tipos de AVC derivam de um compromisso vascular que, conforme Rocha (2008, p.7), é um “conceito inerente à definição de AVC, o que justifica, de certo modo, o facto de se apresentarem com manifestações clínicas semelhantes”. Existem, contudo, alguns sinais de gravidade clínica, como a depressão do estado de consciência/coma, Hipertensão Arterial (HTA) mais acentuada, com valores de sistólica superiores a 220 milímetros de mercúrio (mm Hg), vômitos e cefaleia intensa, mais sugestivos de AVC hemorrágico, que se assume como o tipo de AVC com pior prognóstico. Todavia, os sinais supracitados não são suficientes por si só para permitir uma categorização segura do tipo de AVC. A única forma eficaz de diferenciar o AVC isquémico do AVC hemorrágico é através de um exame de imagem, como a Tomografia Computorizada (TC) ou a Ressonância Magnética (RM), pelo

que a sua realização não deve ser dispensada em caso algum (Adams, Victor & Ropper, 2003).

Abordar o AVC implica fazer-se referência aos seus fatores de risco, que são características ou estilos de vida, indicativos de que um indivíduo ou uma população têm uma probabilidade aumentada para a patologia (Martins, 2002). Os fatores de risco também são variados. Contudo, alguns assumem particular importância pela sua frequência e pela possibilidade de os minimizar através da prevenção, como é o caso da HTA, dislipidemia, tabagismo e álcool. Este conhecimento sobre os fatores de risco e sobre a Doença Cérebro-Vascular (DCV) é indispensável para a implementação de estratégias preventivas (Ferro, 2006).

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

Ferro (2006), ao referir-se aos fatores de risco para a ocorrência de AVC, classifica-os em: modificáveis e não modificáveis, de acordo com a existência ou não de intervenções válidas para os controlar. Este autor salienta que os dois fatores de risco mais relevantes são a idade, uma vez que o aumento exponencial da incidência e da mortalidade está associado à idade e à HTA. Há uma maior incidência de AVC em indivíduos do sexo masculino, nomeadamente em indivíduos na meia-idade. Contudo, a mortalidade por AVC é maior no sexo feminino devido, provavelmente porque o AVC, na mulher, ocorre em idades avançadas. Martins (2002, p.59) refere que “até aos cinquenta anos a incidência da doença é maior no homem, tendendo depois desta idade a ser igual em ambos os sexos”.

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

Quanto aos fatores de predisposição genética de cada indivíduo, estes são apontados igualmente como importantes. Parece indiscutível que o risco de AVC é maior numas famílias do que em outras. Os estudos não são concordantes sobre se essa suscetibilidade é transmitida

pelo lado materno ou pelo lado paterno. Existem algumas doenças muito raras de transmissão recessiva ou dominante em que o quadro clínico inclui AVC isquémico ou hemorrágico (Ferro, 2006). O mesmo autor salienta que o AVC é mais frequente nos indivíduos de raça negra, consubstanciando-se em dados preliminares de um hospital da periferia de Lisboa, que confirmaram dados norte-americanos de que o AVC no indivíduo de raça negra é mais grave e tem maior mortalidade. As hemorragias intracranianas são igualmente mais frequentes neste grupo étnico e nos asiáticos.

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

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

Um outro fator de risco não modificável é a diabetes *mellitus*. O doente diabético, quando comparado com o não diabético, tem o dobro do risco de vir a sofrer de um AVC. No entanto, a sua incidência é mais reduzida nos doentes diabéticos com valores de glicemia bem controlados (Duarte *et al.*, 2004).

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

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

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

O AIT também se inclui nestes fatores de risco. Os doentes que sofreram um AIT apresentam um risco elevado de eventos recorrentes. Segundo Kelley (2006, p.30), “aproximadamente 10,5% dos doentes que se apresentam no serviço de urgência com um AIT, irão sofrer um AVC dentro de 90 dias”.

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

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

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

A este propósito cita-se um estudo realizado por Gomes *et al.* (2008), que contou com 58 doentes, sendo 30 do sexo feminino (51,7%) e 28 do sexo masculino (48,3%). A idade média foi de 55,9±67 anos, com extremos de 32 e 60 anos. Quarenta e cinco doentes (77,6%) tiveram AVC isquémico, sendo 24 mulheres e 21 homens. Doze doentes tiveram AVC hemorrágico (20,7%), sendo 5 mulheres e 7 homens. Um doente teve trombose de seios venosos (1,7%). Dez doentes não completaram o estudo (17,2%), uma vez que 8 doentes morreram e 2 foram transferidos para outras unidades hospitalares. Os principais fatores de risco identificados nos doentes com AVC isquémico foram a HTA (66,7%), a dislipidemia (64,4%), a obesidade (46,7%), o tabagismo (28,9%) e a diabetes *mellitus* (24,4%). A maioria apresentou mais do que um fator de risco cardiovascular, sendo que 33,3% eram hipertensos e dislipidémicos e 15,6% tinham síndrome plurimetabólico. O alcoolismo crónico foi detetado

em 15,6% dos doentes e a fibrilhação auricular foi identificada em 7 doentes (15,6%), a maioria mulheres. De referir ainda que 5 doentes já tinham tido um AVC ou AIT previamente (11,1%) e 8 doentes apresentavam história familiar de AVC (17,8%).

Esta patologia é uma das principais causas de morte e incapacidade em Portugal. Diz-se que é mais incapacitante do que fatal uma vez que os doentes que sobrevivem ficam incapacitados e com défices motores e neurológicos, resultando na sua dependência, implicando com a sua qualidade de vida (Silva, 2007a).

Neste sentido e tendo em conta que o indivíduo vítima de AVC tem, como é compreensível, alterações da sua dinâmica pessoal e familiar com implicações na sua qualidade de vida, passa-se a definir e contextualizar o conceito de qualidade de vida.

O interesse na qualidade de vida surgiu associado às práticas assistenciais do quotidiano, da necessidade de avaliação do impacto, quer a nível físico quer a nível psicossocial, que as doenças ou incapacidades e respetivo tratamento podem provocar, permitindo assim um melhor conhecimento do doente, da sua vivência com a situação e a sua adaptação à mesma. A qualidade de vida, sendo um conceito atual, é de uma forma crescente reconhecido como um importante resultado em saúde, representando mesmo a meta última das intervenções em saúde, e tem vindo a impor-se, substituindo a medida do nível de saúde de uma população, tradicionalmente conseguida através das taxas de morbilidade e mortalidade (Diniz & Schor, 2006).

A qualidade de vida é um conceito holístico que abrange múltiplos significados, refletindo conhecimentos, experiências e valores, individuais e coletivos. Não existe consenso relativamente a este tema, apesar deste ser comentado por diferentes estratos sociais, culturas e políticas. Ribeiro (2008) explica que o termo qualidade de vida tinha sido utilizado para averiguar o bem-estar dos trabalhadores em contexto de trabalho, por volta de 1920, tendo depois desaparecido até à segunda metade do século XX. Na década de sessenta emerge o interesse científico sobre a Qualidade de Vida com a publicação do relatório da *Commission on National Goals* da responsabilidade do ex-Presidente Eisenhower. Nesta época pós guerra este relatório tinha subjacentes a preocupação com a Qualidade de Vida e o bem-estar da população.

Várias são as definições de qualidade de vida. A literatura apresenta muitas definições, conceptualmente diferentes e com implicações de avaliação diferentes. Umam baseiam-se na

satisfação com diversas áreas da vida, outras do bem-estar, outras na funcionalidade e outras no diferencial entre o que o indivíduo tem e o que deseja ou espera ter (André, 2005).

Após a revisão de algumas definições, Bowling (2001, cit.in André, 2005), tendo reunido uma série de conceitos de qualidade de vida, concluiu que se trata de um conceito utilizado por muitas disciplinas, amorfo e multidimensional, incorporando todos os aspetos da vida humana. Suzuki (2002), ao realizar uma revisão de estudos sobre qualidade de vida de doentes internados em cuidados intensivos, verificou que 75,7% dos estudos, o conceito de qualidade de vida não era explícito.

Diferentes estudos de metanálise, como o realizado por Smith, Sala, Vehmas e Laine (1998), responderam às questões sobre a relevância e o peso das diferentes dimensões na qualidade de vida, trazendo mais clareza ao construto. O grupo de estudos sobre a qualidade de vida da World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) Group (1998, p.3) definiu a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Atualmente persiste uma diversidade de conceitos e opiniões sobre a definição de qualidade de vida parecendo, no entanto, haver consenso quanto a alguns aspetos conceptuais, que segundo Martins (2006, p.41) são os seguintes:

“Integra domínios relacionados com o bem-estar (...) Contém mais que uma dimensão ou categoria, podendo haver inter-relação entre eles (...) Integra factores objectivos externos à pessoa (...) É influenciado e varia com a idade, sexo, raça, cultura e estatuto socioeconómico (...) É caracterizado por uma larga variabilidade intra e inter sujeitos diferentes por padrões culturais e sociais (...) Integra uma visão holística que permite compreender o que é importante para cada indivíduo (...) É baseado nas percepções individuais; Estes aspectos reflectem a necessidade dos indivíduos terem escolhas e controle pessoal nas actividades e intervenções, uma forma de *empowerment* que lhes permite um controle individual.”

O conceito de qualidade de vida representa a percepção individual sobre a posição na vida em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro, 2008). Segundo o mesmo autor, a evolução do conceito está associado a diversos referenciais teóricos que refletem conceitos como: satisfação com a vida, felicidade, existência com significado e bem-estar subjetivo. No

entanto ainda que relacionadas, estas designações são estruturalmente diferentes do conceito de qualidade de vida.

A qualidade de vida apresenta três aspetos básicos: a subjetividade, a multidimensionalidade e a presença de dimensões positivas e negativas. Trata-se de um conceito amplo de classificação afetado de modo complexo pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, relações sociais, nível de independência e pelas suas relações com as características mais relevantes do seu meio ambiente. Apesar de algumas indefinições e incertezas sobre a Qualidade de Vida, existem já alguns consensos, que de acordo com Martins (2006) são os seguintes: Definição - é um conceito multidimensional, que traduz o bem-estar subjetivo do doente, nas vertentes físicas, psicológicas e sociais; Medida - existem instrumentos de medida validados e que permitem a sua avaliação de forma normalizada; Necessidade - deve ser considerada como o objetivo principal, nas doenças crónicas e incuráveis.

Apesar das diversas definições encontradas sobre esta temática parece ser na multidimensionalidade do conceito que envolve as componentes objetivas (funcionalidade, competência cognitiva e interação com o meio) e as subjetivas (sentimentos de satisfação e perceção sobre a sua saúde), que se situa o ponto de concordância.

A qualidade de vida relacionada com a saúde é um estado subjetivo de saúde, são conceitos afins centrados na avaliação subjetiva do doente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Bullinger *et al.* (1993, cit. in Ribeiro, 2008) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a perceção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Ribeiro (2008) alerta que a definição de saúde chama a atenção para os estados de saúde e não de categorias de doenças ou mortalidade, as quais eram referidas nas estatísticas de saúde. Ribeiro (2008, p.37) acrescenta que “a definição coloca também a saúde num contexto alargado de bem-estar humano no geral”. É uma definição pela positiva, afirmando presença de determinadas características em detrimento da ausência de outras. Os conceitos positivos, muito referenciados na psicologia da saúde e adotados nas outras vertentes, proporcionam uma orientação para os aspetos positivos em relação aos negativos, aspetos positivos também utilizados nas organizações mais clássicas. Esta mudança deve-se a uma orientação mais geral da sociedade.

Com o aumento da esperança de vida decorrente do progresso científico e tecnológico do século XX, surgiu a necessidade de atender à “qualidade de vida” dos indivíduos e grupos sociais. A “qualidade de vida” foi ganhando importância crescente quer nas Ciências Sociais, quer nas Ciências da Saúde.

Kaplan e Bush (1982, cit.in Ribeiro, 2008), conceptualizaram a qualidade de vida relacionada com a saúde a fim de diferenciar os efeitos da saúde dos da satisfação profissional, do meio ambiente e outros fatores que influenciam a percepção da qualidade de vida.

Segundo Ribeiro, Meneses, Meneses e Grupo-QDV (1998, p.93),

“a avaliação da qualidade de vida de pessoas que sofrem de uma doença tem a especificidade do elemento central ser a saúde das pessoas, ou melhor, o que se avalia é em que medidas os diversos domínios são influenciados pelas características da doença que afecta a pessoa.”

Atualmente avaliar a qualidade de vida reverte-se de imprescindível importância em virtude dos seus resultados contribuírem para aprovar e definir tratamentos e avaliar o custo/benefício dos cuidados prestados.

A qualidade de vida relacionada com a saúde emergiu no contexto da saúde e da psicologia para abordar as percepções relacionadas com a doença, sobretudo com a doença crónica e diferentes formas de tratamento das patologias, sendo um conceito aplicado à avaliação da qualidade de vida associada aos processos de saúde/doença, incluindo os critérios de subjetividade, percepção pessoal, multidimensionalidade (inclui componentes de nível físico, psicológico, social, espiritual e outros) e valorização dos aspetos positivos. No contexto dos cuidados de saúde é utilizado preferencialmente o termo qualidade de vida relacionada com a saúde, atendendo a que o foco está centrado na saúde (Diniz & Schor, 2006).

Para Guiteras e Bayés (1993, cit.in Diniz & Schor, 2006), a qualidade de vida relacionada com a saúde consiste na valorização subjetiva que o doente faz de diferentes aspetos da sua vida, em relação ao seu estado de saúde. Para Patrick e Erickson (2003), é o valor atribuído à duração da vida, modificado pelos prejuízos, estados funcionais e oportunidades sociais que são influenciados por doença, dano, tratamento ou políticas de saúde. Wilson e Cleary (1995, cit.in Diniz & Schor, 2006) dizem que se refere aos vários

aspectos da vida de uma pessoa que são afetados por mudanças no seu estado de saúde, e que são significativos para a sua qualidade de vida.

Os modelos de saúde ou os modelos de cognição social pretendem explicar os comportamentos de saúde/doença das pessoas e algumas das razões para as discrepâncias individuais encontradas na adoção, alteração e manutenção desses comportamentos, ao qual está associado as indicações e prescrições dos profissionais de saúde. A qualidade de vida relacionada com a saúde vem fornecer um ponto de referência comum em relação ao qual pode ser medido o impacto de diferentes tratamentos em diferentes condições (Ribeiro, 2008).

Devido à necessidade, os instrumentos de avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde têm evoluído para avaliar o impacto da doença, efeitos de tratamento, entre outras variáveis que afeta a vida das pessoas, fornecendo dados para uma avaliação da vivência que a pessoa possui dos seus problemas de saúde nas diferentes áreas (função física, social, emocional, desempenho de papéis, dor e fadiga).

Segundo André (2005, p.57), a qualidade de vida relacionada com a saúde pode ser definida como “um estado de saúde e vista como um continuum da crescente complexidade das consequências no doente de fatores biológicos/fisiológicos, sintomas, funções, percepção da saúde em geral e bem-estar geral ou qualidade de vida”.

Para Ribeiro (2008), o estudo de variáveis psicológicas é útil no estudo da qualidade de vida. A crescente utilização das mais diversas variáveis para avaliação da qualidade de vida na saúde demonstra que esta é uma dimensão que está na miragem dos profissionais de saúde e que o impacto das diferentes intervenções pode ser substancialmente diferente no bem-estar dos indivíduos.

Atualmente existem duas formas de mensurar a qualidade de vida: com instrumentos genéricos e específicos, embora persista algum debate sobre os seus méritos relativos (Silveira, 2007).

Para a reflexão do impacto de uma doença na vida das pessoas, em diferentes populações, avaliando aspectos como a função física e emocional, foram desenvolvidos instrumentos genéricos. Para avaliar de uma forma individual e específica determinados aspectos da qualidade de vida, proporcionando um conhecimento mais profundo sobre os aspectos em estudo, foram desenvolvidos os instrumentos específicos (Bech, 2003).

Aquando da seleção de um instrumento para avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde é relevante observar-se as suas qualidades, para o fornecimento da

informação mais apropriada e necessária, atendendo às suas propriedades psicométricas (Silveira, 2007).

Após uma revisão da literatura sobre a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde efetuada por Pimentel (2006), os autores concluíram ser primordial na sua avaliação ter em consideração os seguintes domínios:

- ✓ Estado funcional, que se refere à capacidade de executar uma série de atividades que são normais para a maioria das pessoas, onde se inclui geralmente o autocuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social;
- ✓ Sintomas físicos relacionados com a doença e o tratamento, onde se inclui a dor e o mau funcionamento urinário, entre outros;
- ✓ Funcionamento psicológico, como o *distresse* psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão;
- ✓ Funcionamento social, como o transtorno muito comum nos doentes crónicos. Neste incluem-se as relações com a família e o meio social mais alargado, bem como a frequência de participação em atividades sociais;
- ✓ Avaliação global, dado que a qualidade de vida não é mais do que a soma das suas partes componentes, é útil a inclusão de uma avaliação global como suplemento das mais específicas. A avaliação global deveria limitar-se a áreas relacionadas com a saúde.

No entender de Pimentel (2006), a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde visa a gestão da saúde; conhecer os interesses específicos dos doentes; avaliar o efeito da terapêutica; melhorar a comunicação pessoal de saúde/doente; constituir uma unidade de medição económica e monitorizar a saúde da população. Para o mesmo autor, a avaliação da qualidade de vida deve incidir sobre quatro áreas que se sobrepõem e relacionam entre si:

- ✓ Competência comportamental: refere-se aos comportamentos que o indivíduo teve e tem relativamente à sua saúde, funcionalidade, cognição, comportamento social e utilização do tempo;
- ✓ Condições ambientais: dizem respeito aos atributos do meio físico que rodeiam o indivíduo;
- ✓ Qualidade de vida percebida: dimensão subjetiva que depende do julgamento do indivíduo sobre a sua funcionalidade física, social e psicológica e a sua competência comportamental;

- ✓ Bem-estar psicológico: reflete a avaliação pessoal sobre as três dimensões anteriores e depende da capacidade do indivíduo se adaptar às perdas, à sua capacidade de recuperação de eventos stressantes (tais como a doença, morte de familiares, desemprego, violência física, entre outros), e da capacidade de encarar essas situações pelo lado positivo.

Esta área de investigação tem despertado um interesse progressivamente crescente, constatado pelo número substancial de trabalhos a que tem dado origem e que tem vindo a aumentar. O doente deixou de ser visto como “um simples armazém de doença. No processo de cura deixou de ser suficiente aspirar apenas à remoção dos sintomas. Começou a ser necessário ter igualmente em conta o bem-estar físico, mental e social do indivíduo” (Canavarro, Pereira, Moreira & Paredes, 2010, p. 20).

É precisamente sob este prisma que se pretende avaliar a qualidade de vida do doente após AVC, tendo-se igualmente como ponto de partida que

“Portugal é, ainda, o País da União Europeia com mais elevada taxa de mortalidade por AVC, esta doença apresenta uma letalidade de cerca de 50%, e a restante metade das pessoas afectadas sobrevivem, mas com imensas dificuldades, a maior parte com muito pouca qualidade de vida e dependentes de outra pessoa” (Ministério da Saúde, 2003, cit.in Santos, 2010, p.1).

Por outro lado, o interesse por esta temática deve-se ao facto de que o conceito de qualidade de vida relacionada com a saúde leva-nos a ver o doente numa perspectiva holística, isto é, a ter em conta não só as suas queixas e aquilo de que sofre, mas também a ponderar em que medida a entidade clínica que apresenta se repercute a nível físico, mental e social (Canavarro, 2010).

A avaliação da qualidade de vida após AVC e o reconhecimento de que a sua avaliação tem de ser perspectivada segundo a percepção do próprio doente tem sido bastante considerada, sendo, porém, ponderadas algumas vantagens para a utilização de instrumentos próprios para a sua avaliação. Estas facultam uma avaliação específica face ao impacto do AVC e face às suas consequências (Malheiro, Nicola & Pereira, 2009).

Sendo o AVC a principal causa de incapacidade acarreta consequências emocionais e socioeconómicas para o doente e para os seus familiares. Ao nível das consequências negativas para o doente, refere-se o agravamento da dependência nas Atividades de Vida

Diária (AVD), alterações do humor, rutura na interação social e interferência na sua vida profissional, resultando na diminuição da sua qualidade de vida (Tubone, 2007).

Tendo em conta esta constatação, a qualidade de vida transformou-se num objeto “prioritário dos serviços de cuidados de saúde e tem vindo a ser cada vez incorporada na pesquisa clínica como um resultado importante da doença e tratamento” (Santos, 2010, p.2). O mesmo autor refere que têm sido diversos os investigadores a estudar a qualidade de vida após AVC, dando como exemplo Jaracz (2003), que estudou 72 doentes, após um ano de internamento hospitalar por AVC, através do recurso a entrevistas e constatou que o reforço do suporte familiar, o tratamento da depressão e a diminuição da dependência física constituíram-se como os principais fatores para a melhoria da sua qualidade de vida. Verificou que a capacidade física dos doentes foi percecionada como a dimensão menos positiva, ou seja, a mais prejudicada devido ao AVC.

Os doentes vítimas de AVC, por norma, enfrentam várias incapacidades residuais, tais como:

“paralisias musculares, rigidez nas partes do corpo afectadas, perda da mobilidade articular, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação e incapacidades sensoriais, o que compromete a sua qualidade de vida. A recuperação física e cognitiva atinge uma estabilização após seis meses aproximadamente após o episódio. Num período que varia de um mês a dois anos após o AVC, as pessoas afectadas podem sofrer deterioração da funcionalidade, melhorar ou permanecerem estabilizadas na condição inicial” (Santos, 2008 cit. in Santos, 2010, p.5).

O autor supracitado faz alusão a estudos transversais os quais provaram que a qualidade de vida percebida e o bem-estar subjetivo ficam significativamente comprometidos, ainda que se trate de um AVC leve (Santos, 2010). Neste sentido, Couvreur (2001, cit.in Santos, 2010) refere que há relação entre a saúde e a qualidade de vida, o que leva a afirmar que quanto melhor for a saúde melhor será a qualidade de vida, sendo esta uma relação que pode ser vista em sentido contrário, ou seja, quanto maior for a qualidade de vida melhor será a saúde. Assim, estamos perante uma relação de causa-efeito.

Como não há uma definição universalmente aceite sobre o conceito de qualidade de vida, ainda que haja o consenso de que se trata de um construto multidimensional importante que procura atender a uma perspectiva holística sobre a natureza biopsicossocial do ser humano, conforme refere Canavarro (2010), os estudos transversais e prospetivos, no âmbito

da avaliação da qualidade de vida dos doentes após AVC, apontam para resultados que demonstram que os doentes afetados pelo AVC têm menor sensação de bem-estar subjetivo comparativamente às pessoas que não vivenciaram esta situação (Santos, 2008, cit.in Santos, 2010). Na mesma linha, (Doyle, 2002, cit.in Rabelo & Neri, 2006) demonstra que os doentes após AVC revelam mudanças na sua qualidade de vida em geral, passando-se o mesmo entre pessoas moderadamente afetadas.

Tubone (2007) faz referência à idade avançada, um dos fatores de risco do AVC, que é uma variável preditora de pior qualidade de vida, como consequência de um número considerável de morbidade associada e de um risco maior de morte. O mesmo autor salienta também a grande percentagem de doentes com idade avançada a receber tratamento em instituições públicas, quando comparados com doentes mais novos, com um apoio familiar muito mais elevado.

Relativamente à relação entre o género e a qualidade de vida, Santos (2010) constatou, através do seu estudo, que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e as diversas dimensões da escala da qualidade de vida nos doentes após AVC, o que corrobora o estudo de Tubone (2007), tendo em conta que este autor também não registou resultados estatisticamente significativos entre o género e a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC. Contudo, Carod-Artal, Gonzalez e Seijas (2000, cit.in Santos, 2010), através do seu estudo, demonstraram que as mulheres após AVC tinham maior prevalência de depressão, maior gravidade e durabilidade da depressão e pior qualidade de vida em todos os domínios da escala.

Na sua investigação, Santos (2010) comparou também a qualidade de vida e o nível socioeconómico dos doentes após AVC. Como tal, constatou, pelos resultados obtidos, que o nível socioeconómico teve influência na qualidade de vida nos doentes pós AVC; não se identificando diferença nos diferentes extratos socioeconómicos, quando analisadas individualmente as dimensões da escala.

Bays (2001, cit.in Santos, 2010, p.6) verificou que há variáveis que interferem positivamente na qualidade de vida dos doentes após AVC, sendo estas: “a independência para a execução das actividades da vida diária, a habilidade funcional, o suporte social e os recursos económicos para o cuidado com a saúde”.

Outros autores (Duncan *et al.*, 1997; Williams *et al.*, 1999; Hobart *et al.*, 2002; cit.in Malheiro *et al.*, 2009) demonstram que a ocorrência de AVC tem realmente um impacto

direto ou secundário na maioria dos aspetos da saúde dos doentes, verificando-se que, mesmo os que apresentam apenas consequências mínimas, a sua maioria refere que há uma diminuição da sua qualidade de vida, que se degrada ao longo do tempo.

Como se tem vindo a demonstrar há fatores que contribuem para a diminuição da qualidade de vida dos doentes após AVC, tais como a idade avançada, a severidade ao nível funcional, a falta de suporte social, a incapacidade de regresso ao trabalho, o compromisso cognitivo e a presença de problemas de saúde associados. Muus e Ringsberg (2007) defendem que a perda ou diminuição da linguagem por parte de alguns doentes após o AVC é também um fator significativamente relacionado com um baixo nível de qualidade de vida destes doentes, pela sua repercussão na comunicação e interação social.

Malheiro *et al.* (2009), através do seu estudo em doentes após AVC, concluíram que a depressão foi uma ocorrência em 23 a 41% dos doentes nos primeiros meses após a ocorrência da patologia e em 33 a 48% de doentes entre 3 a 5 anos após a ocorrência do AVC. Este é outro dos fatores que se encontra muito relacionado com o compromisso da recuperação funcional, bem como com a deterioração da sua qualidade de vida (Muus & Ringsberg, 2007). Por outro lado, o declínio da função sexual, resultante de fatores psicológicos, défices neurológicos e cognitivos associados ao AVC, e as condições clínicas associadas, parece concorrer para a redução dos níveis de qualidade de vida destes doentes.

Segundo Saladin (2000), a avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde em doentes após AVC faculta a compreensão por parte dos profissionais de saúde acerca dos aspetos específicos que afetam a sua vida e a perceção do impacto do AVC na sua vida. Tal facto contribui para a definição de objetivos de intervenção mais direcionados e ajustados às suas necessidades, uma distribuição direcionada de recursos de forma a melhorar os aspetos que interferem com a sua qualidade de vida e a maximização dos resultados de saúde destes doentes em todos os domínios, nomeadamente a reintegração na comunidade e na vida, o que implica assumir-se a sua reabilitação de forma holística (Santos, 2010).

Com os avanços da medicina científica, tornou-se fundamental o desenvolvimento de práticas cada vez mais específicas, assegurando ao individuo intervenções profissionais, cuja base assenta no conhecimento das várias partes do corpo e respetivas funções. A reabilitação também acompanhou este avanço, e pretende alcançar o melhor estilo de vida para cada indivíduo, de acordo com as suas potencialidades, tendo como finalidade última a melhoria da qualidade de vida, mesmo quando as capacidades são reduzidas (Hesbeen, 2003).

Refere Silva (2007b, p.95) que “a reabilitação é um sistema holístico em que o objetivo é não só a minimização do processo fisiopatológico, mas também a facilitação da integração familiar e na comunidade, maximizando a adaptação psicológica e social”.

A enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a autoestima” (*Regulamento n.º 125/2011* de 18 de Fevereiro de 2011, p.8658).

Sendo o AVC a primeira causa de incapacidade no mundo (André, 2006), a reabilitação tem como objetivo auxiliar o indivíduo com incapacidade ou doença crónica a obter a capacidade funcional máxima, a manter um nível ótimo de saúde e adaptar-se a um novo estilo de vida.

Após um episódio agudo de AVC, grande parte dos sobreviventes, vêm-se confrontados com rápidas e inesperadas mudanças no seu modo de vida. Muitos ficam com limitações físicas e cognitivas que os impedem de executar com autonomia um conjunto de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). Estas limitações afetam por norma a função motora, sendo frequentes também défices sensoriais e cognitivos, alterações da visão, da linguagem e da instabilidade de humor (Kell-Hayes, 1998). Assim sendo, é de primordial importância a intervenção precoce em cuidados de enfermagem de reabilitação de forma a promover o máximo de independência da pessoa e prevenir outras complicações como consequência das limitações.

O plano de reabilitação é definido individualmente de acordo com as necessidades de cada doente. Estas obviamente, podem variar e, se nuns casos o objetivo é recuperar, noutros é a diminuição da dependência. A reabilitação deve ser iniciada logo que o doente, após um AVC agudo, se encontrar clinicamente estável.

O processo de reabilitação deve iniciar-se 48 a 72 horas após AVC, atuando simultaneamente na prevenção de complicações respiratórias com cinesiterapia respiratória, aspiração de secreções, mobilização dos membros, nomeadamente plégicos, no treino de equilíbrio do tronco, da alimentação e estimulação cognitiva (Fontes, 2000, cit.in Martins, 2006).

O programa de reabilitação funcional estende-se por norma um a dois meses e o seu progresso varia de pessoa para pessoa. A recuperação funcional obtém-se 3 a 6 meses após o episódio de AVC (Martins, 2006).

Sendo o ensino parte integrante dos cuidados de enfermagem é da responsabilidade do enfermeiro preparar os doentes e seus familiares para lidarem com a deficiência ou incapacidade, tornando-os mais independentes. A integração da família/pessoa significativa no processo de reabilitação é fundamental, pelo que durante o internamento os profissionais de saúde devem iniciar o ensino à pessoa que irá cuidar do doente após a alta.

O plano de ensino deve integrar aspetos passivos como cuidados de higiene, prevenção de úlceras de pressão, posturas corretas do doente no leito, ensino de técnicas de transferência do utente da cama para a cadeira, da cadeira para a sanita, da cadeira para o banho, etc. (Fontes, 2000, cit.in Martins, 2006). Deve ser facultado um manual informativo ao familiar/pessoa significativa que vai lidar com o doente e o irá acompanhar após a alta. A informação transmitida pelos profissionais, sobre a recuperação esperada do doente deve ser otimista, porém, realista e honesta e não incutir falsas esperanças (Martins, 2006).

Com base no exposto e tendo consciência desta realidade, aliada à motivação pessoal e à existência de um elevado número de doentes vítimas de AVC em situação de dependência, que necessitam de apoio e ajuda a vários níveis, levou-nos à elaboração da seguinte questão central, subjacente à problemática do presente estudo:

- Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida dos doentes após AVC?

O AVC é uma doença cada vez mais comum na sociedade portuguesa, capaz de provocar limitações, não só nos indivíduos mas também à sua família mais próxima. Optou-se por esta temática pelo facto de se ter vindo a verificar que a avaliação da qualidade de vida dos doentes leva a conhecer melhor a capacidade de atuação dos enfermeiros. Por outro lado, a qualidade de vida relacionada com a saúde é atualmente um conceito imprescindível que ajuda a considerar o doente nas suas diversas facetas e que também prepara para uma melhor compreensão e ação terapêutica, onde sobressai a reabilitação do doente após AVC.

Em suma, acreditamos que se trata de uma temática bastante atual e pertinente não só para os profissionais de saúde mas também para a família/cuidadores destes doentes. Com este trabalho não conseguiremos encontrar soluções nem dar resposta a todos os problemas que os doentes enfrentam, no entanto, esperamos que uma intervenção ajustada às necessidades de cada doente/família e de cada contexto, poderá trazer bem-estar e verdadeira dignidade a todos eles. Como tal pretendemos atingir os seguintes objetivos:

- ✓ Determinar a influência das características sociodemográficas na qualidade de vida do doente após AVC;

- ✓ Avaliar a influência das características circunstanciais e clínicas na qualidade de vida do doente após AVC;
- ✓ Avaliar a relação entre a funcionalidade familiar do doente após AVC e a sua qualidade de vida;
- ✓ Analisar a influência da capacidade funcional na qualidade de vida;
- ✓ Contribuir para a reflexão sobre a qualidade de vida do doente vítima de AVC, numa lógica de produção de conhecimento que facilite o desenho de programas de intervenção formativos e informativos, visando a melhoria da sua qualidade de vida.

2. MATERIAIS E MÉTODOS

Partindo do pressuposto que a seleção do instrumental metodológico deve ser adequada ao problema que vai ser estudado, à natureza dos fenómenos, ao objeto da pesquisa, aos objetivos delineados e, ainda, à equipa humana e outros elementos que possam surgir no campo da investigação (Lakatos & Marconi, 1995; Pereira & Poupa, 2004; Hill & Hill, 2008), este capítulo terá como finalidade descrever o planeamento metodológico necessário ao desenvolvimento da nossa pesquisa. Neste sentido, conceptualizámos um estudo transversal de natureza quantitativa do tipo descritivo correlacional, recorrendo a uma pesquisa que obedece a um desenho característico de um estudo não experimental.

O estudo transversal deve-se ao facto de ser realizado num espaço de tempo determinado, ou seja, os dados são colhidos numa única ocasião e não ao longo de um período de tempo (Gil, 1999).

Insere-se no método quantitativo visto que é um estudo objetivo, sistemático e mensurável, permitindo a análise estatística dos dados obtidos.

É descritivo porque pretende descrever os dados e as relações entre fenómenos. Segundo Fortin e Ducharme (2003, p.174) “num estudo descritivo correlacional o investigador tenta explorar e determina a existência de relação entre variáveis, com vista a descrever essas relações”.

Considera-se um estudo não experimental visto que não há manipulação das variáveis independentes. Os fenómenos são observados tal como se produzem no seu contexto natural, para posteriormente serem analisados (Sampieri, Collado & Lucio, 2006).

Relativamente às variáveis, consideramos a qualidade de vida como a nossa variável dependente, e as variáveis sociodemográficas, circunstanciais e clínicas, a funcionalidade familiar e a capacidade funcional como as nossas variáveis independentes. De salientar que o processo de operacionalização destas variáveis coincide com a descrição funcional dos fatores/dimensões dos instrumentos utilizados, tal como é referenciada na interpretação que deles é feita já num dos seguintes subcapítulos (2.2.), subjacente ao material utilizado no âmbito desta investigação.

No âmbito deste estudo, e tendo em conta que uma hipótese é “um enunciado formal das relações existentes entre duas ou mais variáveis, é uma predição baseada na teoria ou numa porção desta” (Fortin, 1999, p.102), foram elaboradas as seguintes hipóteses:

- ✓ **Hipótese 1** – Existem efeitos significativos das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, área de residência, habilitações literárias, situação laboral e condições habitacionais) na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.
- ✓ **Hipótese 2** - Existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais e clínicas (tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, fatores de risco/patologias associadas, programa de Reabilitação) na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.
- ✓ **Hipótese 3** - Existem efeitos significativos da funcionalidade familiar na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.
- ✓ **Hipótese 4** - Existem associações significativas entre o nível de independência funcional e a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

2.1. PARTICIPANTES

A escolha da população e amostra dá uma visão geral sobre a eventual generalização dos resultados. A população compreende o “conjunto de sujeitos ou outros elementos de um grupo bem definido, tendo em comum uma ou várias características semelhantes e sobre a qual assenta a investigação” (Fortin, 2009, p.373). No contexto deste trabalho de investigação, não nos seria possível estudar a totalidade da população por ser bastante numerosa, sob pena de este se tornar muito moroso, dispendioso e, de certo modo, até difícil de levar a efeito.

“É difícil e ineficaz avaliar uma população” sendo por isso necessário definir uma amostra, ou seja, “empregar estratégias de amostragem que minimizem ou controlem tendências de amostras” (Lobiondo & Haber, 2001, p.142). A amostra do estudo realizado é representada pelos doentes internados por AVC entre 01 de Janeiro de 2011 e 31 de Julho de 2011 no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro (CHTMAD) na Unidade Hospitalar de Lamego, Serviço de Medicina, que tiveram alta clínica há mais de três meses.

Para a constituição da amostra foram estipulados como critérios de inclusão: indivíduos orientados de ambos os sexos, sem limite de idade e com alta clínica há mais de três meses; e como critérios de exclusão: indivíduos com alteração do estado de consciência, demência e perturbações de linguagem que dificultam a compreensão e expressão. No caso de não saber ler ou escrever o cuidador informal ou pessoa significativa também pode colaborar.

Tendo em conta uma amostra representativa da população em causa, optou-se pelo método não probabilístico por conveniência. Tivemos em conta Fortin (2003, p.208) que refere que “a amostragem não probabilística é um processo de selecção segundo o qual cada elemento da população não tem probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra”. Segundo Hill e Hill (2009, p.49) no método de amostragem por conveniência “os casos escolhidos são os casos facilmente disponíveis”.

Neste estudo a amostra acabou por ser constituída por 75 doentes que sofreram AVC (40 do género masculino e 35 do género feminino), com idades compreendidas entre os 30 e os 93 anos. Estamos conscientes que este tipo de amostra é susceptível de provocar enviesamento de alguns resultados, uma vez que pode não ser uma representação fiel da população-alvo.

2.2. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Tendo em conta as variáveis em estudo e as hipóteses formuladas foi elaborado o instrumento de colheita de dados sob o formato de questionário (Anexo I), o qual incorpora medidas de avaliação aferidas e validadas para a população portuguesa. Em concreto, o questionário inicia-se com uma pequena contextualização do estudo, as suas finalidades e objetivos. Para além de algumas sugestões importantes para o procedimento de resposta, são salientados aspetos como anonimato, a confidencialidade dos dados e é solicitada a colaboração dos participantes. Está estruturado em 5 secções:

Secção I – caracterização sociodemográfica: apresenta questões que permitem sobretudo identificar as características dos sujeitos da amostra, nomeadamente, idade, sexo, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral e condições habitacionais.

Secção II – caracterização circunstancial e clínica: contém questões que permitem saber a data de internamento após AVC, data da alta, tipo de AVC, tempo de internamento, lado da lesão, fatores de risco e processo de reabilitação.

Secção III - funcionalidade familiar: apresenta questões que permitem avaliar a perceção do sujeito acerca da qualidade do seu relacionamento familiar através da utilização da Escala de Apgar Familiar versão Portuguesa de Agostinho e Rebelo (1988). Esta escala integra 5 questões. Cada questão admite três tipos de resposta. Assim, para o “quase sempre” temos uma cotação de 2; para a resposta “algumas vezes” obtém-se a cotação de 1 e 0 pontos no caso de a resposta ser “quase nunca”. O resultado final da escala resulta do somatório das pontuações atribuídas a cada uma das perguntas e é suscetível de variação entre os 0 e 10 pontos, sendo que uma pontuação entre 7 a 10 corresponde a uma família altamente funcional, de 4 a 6 podemos referir-nos à família como tendo moderada disfunção e no caso do score total obtido se situar entre 0 a 3 pontos, tal facto é sugestivo de uma família com disfunção acentuada.

Secção IV – Avaliação da capacidade funcional através de Escala de Barthel (Sequeira, 2007): contém questões que pretendem avaliar o nível de independência do sujeito para a realização de 10 ABVD: alimentar, higiene pessoal, vestir, urinar, evacuar, transferência (cama/cadeira e vice-versa), mobilidade/deambulação, ir à casa de banho, tomar banho, escadas. Cada atividade apresenta entre 2 a 4 níveis de dependência, em que 0 corresponde à dependência total e a independência pode ser pontuada com 5, 10 ou 15 pontos de acordo com os níveis de dependência. Assim a cotação global oscila entre 0 e 100 pontos, variando de forma inversamente proporcional ao grau de dependência, ou seja, quanto menor for a pontuação maior é o grau de dependência, de acordo com os seguintes pontos de corte (Sequeira, 2010): 90 a 100 - independente; 60 a 89 – ligeiramente dependente; 40 a 55 – moderadamente dependente; 20 a 35 - severamente dependente; e menor que 20 – totalmente dependente.

É um instrumento muito utilizado na prática clínica e na investigação, preferencialmente utilizada em estudos de reabilitação e de simples aplicabilidade (O’Sullivan, 1993).

Sequeira (2010) no seu estudo identifica três fatores: mobilidade, higiene e controlo dos esfíncteres – que explicam 75% da variância total, revelando uma consistência interna através do coeficiente alfa de cronbach ($\alpha= 0,89$).

A mobilidade apresenta uma consistência interna de 0,96 e explica 52,1% da variância total, avalia as atividades que necessitam de mobilização/articulação dos membros superiores e/ou inferiores e inclui: alimentação, vestir, utilização da casa de banho, subir escadas, deambulação e transferência da cama para a cadeira. Relativamente à higiene esta apresenta uma consistência interna de 0,84 e explica 12,4% da variância total e inclui: o banho e higiene corporal. O controlo de esfíncteres apresenta uma consistência interna de 0,87, e explica 10,7% de variância total e inclui: o controlo intestinal e vesical.

Todos os itens da escala têm uma correlação estatisticamente significativa com o somatório do Índice de Barthel ($p < 0,0001$), em que os valores de correlação oscilam entre 0,53 e 0,85.

Secção V – Questionário de avaliação de qualidade de vida através da Escala de Perfil de Saúde Nottingham [PSN] (Ferreira & Melo, 1999). Este instrumento de medida é destinado a captar e registar alguns aspetos relativamente ao que as pessoas sentem e de que forma se apercebem do seu estado de saúde. É constituído por 38 frases englobando seis dimensões: mobilidade física, dor, energia, reações emocionais, sono e isolamento social.

Para melhor compreensão e análise estatística estabeleceram-se quartis para as diferentes dimensões, conforme o quadro 1.

Quadro 1: Dimensões e número de questões por dimensão do PSN.

DIMENSÃO	QUESTÕES	DIMENSÃO	QUESTÕES
Mobilidade Física (8 questões)	10 - Só consigo caminhar dentro de casa 11 - Tenho dificuldade em baixar-me 14 - Não consigo mesmo andar 17 - Tenho dificuldade em subir ou descer escadas 18 - Tenho dificuldade em chegar às coisas 25 - Tenho dificuldade em vestir-me 27 - Tenho dificuldade em estar de pé muito tempo 35 - Preciso de ajuda para andar fora de casa	Reacções emocionais (9 questões)	3 - Tudo me desanima 6 - Já nem sei o que é sentir-me bem com a vida 7 - Sinto-me nervoso/a, tenso/a 16 - Os dias parecem que nunca mais acabam 20 - Ultimamente perco a paciência com facilidade 23 - Sinto que estou a perder o controlo 31 - As preocupações não me deixam dormir 32 - Sinto que não vale a pena viver 37 - Sinto-me deprimido/a ao acordar
Dor (8 questões)	2 - Tenho dores durante a noite 4 - Tenho dores insuportáveis 8 - Tenho dores quando mudo de posição 19 - Tenho dores ao andar 24 - Tenho dores quando estou de pé 28 - As dores não me largam 36 - Tenho dores a subir e descer escadas 38 - Tenho dores quando estou sentado/a	Sono (5 questões)	5 - Tomo comprimidos para dormir 13 - Acordo muito cedo e tenho dificuldade voltar adormecer 22 - Passo a maior parte da noite acordado/a 29 - Levo muito tempo a adormecer 33 - Durmo mal de noite
Energia (3 questões)	1 - Estou sempre cansado/a 12 - Tudo me custa fazer 26 - Estou a ficar sem forças	Isolamento social (5 questões)	9 - Sinto-me só 15 - Custa-me estar com as pessoas 21 - Sinto que não posso contar com ninguém 30 - Sinto que sou um peso para as outras pessoas 34 - Tem sido difícil dar-me com as pessoas

Cada item necessita apenas de uma resposta “sim” ou “não”, conforme melhor se ajuste à percepção do indivíduo no momento de preenchimento do questionário. Cada dimensão é medida de forma semelhante quer nas opções de resposta, quer nas cotações destas, em que ao Sim corresponde a cotação de 1 e ao Não corresponde a cotação de 0.

A pontuação obtém-se com base no número de respostas afirmativas aos vários itens. As várias pontuações apresentam-se com um perfil de saúde numa escala de 0 a 100, onde 0 corresponde à ausência de qualquer problema de saúde e 100 ao nível máximo de problemas. Assim, pontuações mais altas correspondem a maiores défices de saúde.

A ordem é arbitrária sem respeitar qualquer sequência de gravidade da dimensão, o que permite maior imparcialidade no seu preenchimento.

No que diz respeito à escala PSN, esta foi validada e adaptada à população portuguesa, apresentando bons indicadores de fiabilidade e validade com alfa de cronbach para as diferentes dimensões entre 0,69 e 0,81.

2.3.PROCEDIMENTOS

Toda a investigação que envolve direta ou indiretamente os seres humanos deve ter em conta direitos, que não podem ser de maneira alguma desrespeitados pelo que os princípios éticos em investigação são fundamentais. Nesta investigação são preservados os “cinco princípios éticos ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos” que “foram determinados pelos códigos de ética: o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal” (Fortin, 2003, p.369).

Tendo em atenção a natureza do estudo, os seus objetivos, as características da população em estudo, o tempo e os recursos disponíveis para executar a colheita de dados e todo o trabalho desenvolvido, optou-se por utilizar o questionário como método de colheita de dados. Para Gil (1999) a utilização do questionário garante a confidencialidade e o anonimato das respostas, havendo menores riscos de distorção por não haver influência por parte do investigador. Obtém-se respostas mais claras e rápidas, há mais tempo para responder e numa hora mais favorável, economiza-se tempo, viagens e obtém-se um grande número de dados.

O questionário foi entregue pessoalmente em suporte papel aos participantes, tendo sido recolhidos os dados entre 01 de Dezembro de 2011 a 31 de Janeiro de 2012. Antes do preenchimento do questionário obtivemos o consentimento informado dos participantes, ou seja, cumprimos um requisito teórico que afirma que “o investigador deve obter de cada sujeito um consentimento livre e esclarecido” (Fortin, 1999, p.128).

Nesta perspetiva, antes de iniciar o preenchimento do questionário propriamente dito o investigador apresenta-se ao participante, identificando-se, procura um espaço que proporcione privacidade, tendo em conta a segurança, intimidade e dignidade do indivíduo. É apresentada uma folha com o nome do estudo e equipa de investigação onde são apresentados os objetivos do estudo, garantindo a confidencialidade dos resultados e o anonimato dos participantes, decidindo de forma livre a sua participação ou não no estudo. Salientamos igualmente que foi solicitada a autorização dos autores das escalas utilizadas: Escala de Apgar familiar (Anexo II), Escala de Barthel (Anexo III) e Escala PSN (Anexo IV).

O tratamento estatístico dos dados referentes a este estudo foi efetuado informaticamente através do programa Statistical Package for the Social Science (SPSS), na versão 19.0.

Como metodologia para o tratamento dos dados implementou-se a análise estatística descritiva e inferencial. As hipóteses formuladas foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente testes de Mann-Whitney e testes de Kruskal-Wallis. Foram utilizados testes não paramétricos, visto não existir uma distribuição normal das dimensões da variável dependente.

3. RESULTADOS

Neste capítulo, subjacente à análise dos resultados, procuramos caracterizar, não apenas a amostra em estudo, como também analisar como é que as variáveis influenciam a qualidade de vida do doente após AVC, tendo por referência os objetivos que orientaram a presente investigação. Na análise dos resultados serão objecto de descrição mais detalhada, apenas, os dados estatisticamente significativos em função dos testes estatísticos não paramétricos utilizados: (1) teste de Mann-Whitney, para comparar as ordenações médias de 2 sub-grupos da nossa amostra, em função da variável dependente; (2) teste de Kruskal-Wallis para comparar as ordenações médias de 3 ou mais sub-grupos da nossa amostra, em função da variável dependente.

Salientamos ainda que, em toda a análise estatística, assumimos 0.05 como valor crítico de significância para os resultados dos testes estatísticos, rejeitando-se a existência de associações/diferenças quando a probabilidade do erro for superior a este valor. Concretamente assumimos os seguintes níveis de significância, referenciados por Pestana e Gageiro (2003): $p \geq 0.05$ - não significativo; $p < 0.05$ - ligeiramente significativo; $p < 0.01$ - muito significativo e $p < 0.001$ - muitíssimo significativo.

Para a análise do coeficiente de variação (CV), que permite comparar a percentagem de dispersão de uma variável face à outra, seleccionamos os graus de dispersão apresentados pelos mesmos autores (2003): $CV \leq 5\%$ – dispersão fraca; $15\% < CV \leq 30\%$ – dispersão moderada e $CV > 30\%$ – dispersão elevada.

3.1. ANÁLISE DESCRITIVA

A análise da estatística descritiva consiste na delineação das características da amostra em estudo, da qual provêm os dados colhidos. Permite ainda descrever os valores obtidos através da medida das variáveis (Fortin, 2009). Neste sentido, por uma questão de organização estrutural, subdividimos a análise descritiva dos resultados:

- Caracterização sociodemográfica;

- Caraterização circunstancial e clínica;
- Caraterização da funcionalidade familiar;
- Caraterização da capacidade funcional;
- Caraterização da Qualidade de Vida.

A apresentação destes dados surge esquematizada em várias tabelas e quadros, precedidas das análises correspondentes, salientando-se que a análise inerente às frequências relativas e percentuais será processada em função dos valores expressos na coluna das respetivas tabelas e quadros.

3.1.1. Caraterização sociodemográfica

■ Idade e Género

Pela análise do quadro 2, podemos constatar que amostra utilizada no nosso estudo é constituída por 75 indivíduos, 40 do sexo masculino (53,33%) e 35 do sexo feminino (46,67%). Constatamos igualmente que a idade dos 75 elementos da amostra total oscila entre um mínimo de 30 anos e um máximo de 93 anos, correspondendo-lhe uma idade média atual de 68.19 anos, um desvio padrão de 11.617 anos e um coeficiente de variação 17,036%, que nos indica a existência de uma moderada dispersão em torno da média.

Analisando as estatísticas relativas à idade em função do sexo, verificamos que a média de idades para o sexo masculino ($\bar{x}=67.65$) é inferior à do sexo feminino ($\bar{x}=68.80$), apresentando ambos uma dispersão moderada ($15\% < CV \leq 30\%$).

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição das idades, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Quadro 2: Estatísticas relativas à idade segundo o género.

Idade	N	Mínimo	Máximo	Média	Dp	K/Std.Error	Sk/Std.Error	CV (%)
Masculino	40	42	88	67.65	11.012	-0.629	-0.239	16,278
Feminino	35	30	93	68.80	12.407	1.586	-0.887	18,033
Total	75	30	93	68.19	11.617	0.484	-0.568	17,036

■ Grupo etário, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral e condições habitacionais

No que diz respeito ao grupo etário, verificamos pela análise do quadro 3, que a maior percentagem de indivíduos apresentava uma idade entre os 61 e os 75 anos (42,70%), sendo 45,00% do sexo masculino e 40,00% do sexo feminino. Com uma percentagem de 30,70% surgiram os indivíduos com idade ≥ 75 anos, com 24,00% os indivíduos com idade compreendida entre 46 e 60 anos, e por último, com uma percentagem de 2,70% os indivíduos com idade ≤ 45 anos.

Quanto ao estado civil, 56,00% são casados, sendo 72,50% do sexo masculino e 37,10% do sexo feminino. Os indivíduos viúvos apresentam uma percentagem de 28,00%, dos quais 42,90% são do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Aqui no estado civil, constatamos diferenças estatísticas ligeiramente significativas ($p=0,011$) para um $X^2=13,144$.

Relativamente à zona de residência, a maior percentagem dos indivíduos (74,70%) vive na zona rural, sendo que 68,60% são do sexo feminino e 80,00% do sexo masculino. Os restantes indivíduos (25,30%) vivem na zona urbana, dos quais 31,40% são do sexo feminino e 20,00% do sexo masculino.

Quanto às habilitações literárias, podemos salientar que com maiores percentagem surgiram os indivíduos com o 4º ano de escolaridade (45,30%), com 28,80% os indivíduos que não sabem ler nem escrever, 12,00% têm menos de 4 anos de escolaridade, com a mesma percentagem (5,30%) apresentam-se os indivíduos com 4-6 e 7-9 anos de escolaridade, 2,7% têm curso superior e, por fim, com 1,3% estão os indivíduos que não se enquadram em nenhum dos itens anteriores. Verifica-se que a maior percentagem dos homens (52,50%) possui apenas a 4ª classe, enquanto a maioria das mulheres (45,70%) não sabe ler nem escrever. Aqui nas habilitações literárias, constatamos diferenças estatísticas ligeiramente significativas ($p=0,041$) para um $X^2=13,147$.

Em relação à situação laboral, as maiores percentagens verificaram-se nos indivíduos reformados (70,70%), sendo 72,50% do sexo masculino e 68,60% do sexo feminino. De seguida, encontram-se os indivíduos com baixa (22,70%), dos quais 25,70% corresponde ao sexo feminino e 20,00% ao sexo masculino. Os desempregados apresentam uma percentagem de 5,30%, em que 7,50% são do sexo masculino e 2,90% do sexo feminino. Por fim, as domésticas com 1,30%.

Quanto às condições habitacionais, verificamos que 85,30% dos indivíduos possuem moradia com escadas e com 5,30% estão os indivíduos com moradias sem escadas e com apartamento sem elevador. Com a menor percentagem (4,00%), encontram-se os indivíduos que vivem em apartamento com elevador. De salientar que, a maioria das mulheres (85,70%) e dos homens (85,00%) vive em moradias com escadas.

Quadro 3: Caracterização sociodemográfica segundo o género: Grupos etários, estado civil, zona de residência, habilitações literárias, situação laboral e condições habitacionais.

VARIÁVEIS	MASCULINO (n=40)		FEMININO (n=35)		TOTAL (n=75)		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Grupos Etários							0.434	0.933
≤45 anos	1	2.50	1	2.90	2	2.70		
46-60 anos	10	25.00	8	22.90	18	24.00		
61-75 anos	18	45.00	14	40.00	32	42.70		
≥75 anos	11	27.50	12	34.30	23	30.70		
Estado civil							13.144	0.011
Solteiro(a)	1	2.50	4	11.40	5	6.70		
Casado(a)	29	72.50	13	37.10	42	56.00		
Viúvo(a)	6	15.00	15	42.90	21	28.00		
Divorciado(a)	4	10.00	2	5.70	6	8.00		
Outro	---	00.00	1	2.90	1	1.30		
Zona de residência							1.289	0.256
Urbana	8	20.00	11	31.40	19	25.30		
Rural	32	80.00	24	68.60	56	74.70		
Habilitações literárias/académicas							13.147	0.041
Não sabe ler nem escrever	5	12.50	16	45.70	21	28.00		
Menos de 4 anos de escolaridade	7	17.50	2	5.70	9	12.00		
4º ano de escolaridade (4ª classe)	21	52.50	13	37.10	34	45.30		
4-6 anos de escolaridade	3	7.50	1	2.90	4	5.30		
7-9 anos de escolaridade	3	7.50	1	2.90	4	5.30		
Curso superior	1	2.50	1	2.90	2	2.7		
Outro	---	00.00	1	2.90	1	1.3		
Situação laboral							2.207	0.531
Empregado (a)								
Com baixa	8	20.00	9	25.70	17	22.70		
Desempregado(a)	3	7.50	1	2.90	4	5.30		
Reformado(a)	29	72.50	24	68.60	53	70.70		
Domestico(a)	---	00.00	1	2.90	1	1.30		
Condições habitacionais							1.256	0.740
Moradia								
Com escadas	34	85.00	30	85.70	64	85.30		
Sem escadas	2	5.00	2	5.70	4	5.30		
Apartamento								
Com elevador	1	2.50	2	5.70	3	4.00		
Sem elevador	3	7.50	1	2.90	4	5.30		

3.1.2. Caracterização circunstancial e clínica

Em termos de caracterização circunstancial e clínica englobamos os seguintes aspetos: tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, fatores de risco/patologias associadas e programa de reabilitação.

Verificamos pela análise do quadro 4, que quer num sexo, quer no outro, a maioria dos inquiridos sofreu um AVC isquémico (88,00%), sendo 82,50% do sexo masculino e 94,30% do sexo feminino. Os restantes 12% sofreram um AVC hemorrágico, dos quais 17,50% são do sexo masculino e 5,70% do sexo feminino.

Quanto ao tempo de internamento, na maioria dos inquiridos foi superior a 14 dias (80,00%), sendo 75,00% do sexo masculino e 85,70% do sexo feminino e 12,00% referem que estiveram internados entre 7 a 14 dias, dos quais 17,50% são do sexo masculino e 5,70% do sexo feminino. Por fim, com a menor percentagem (8,00%) encontram-se os indivíduos com tempo de internamento inferior a 7 dias, entre os quais, 7,50% são do sexo masculino e 8,60% do sexo feminino.

No que se refere ao lado da lesão, verificamos que o hemisfério esquerdo é o mais lesado nos dois sexos (51,40%), onde 52,50% pertence ao sexo masculino e 50,00% ao sexo feminino. Com 40,50% encontram-se os indivíduos com lesão no hemisfério direito, em que 42,50% são do sexo masculino e 38,20% do sexo feminino. Com a menor percentagem (8,10%) encontram-se os indivíduos com lesão no tronco cerebral/cerebelo, 5,00% e 11,80% para os homens e mulheres, respectivamente.

A grande maioria dos homens (95,00%) e a grande maioria das mulheres (80,00%) iniciaram programa de reabilitação. Apenas 12,00% dos inquiridos não iniciou o programa de reabilitação, dos quais 5,00% são do sexo masculino e 20,00% do sexo feminino. Aqui no programa de reabilitação, constatamos diferenças estatísticas ligeiramente significativas ($p=0,046$) para um $X^2=3,977$.

O enfermeiro de reabilitação foi quem realizou o programa em 86,40% dos inquiridos e o fisioterapeuta em 13,90%.

Relativamente ao ensino de preparação para a alta, 82,70% refere que não foi realizado qualquer ensino, sendo 75,00% do sexo masculino e 91,40% do sexo feminino. Aos restantes 17,30% foi feito ensino, na maioria dos casos pelo enfermeiro de Reabilitação (76,90%), em 15,40% pelo fisioterapeuta e em 7,70% pelo Enfermeiro generalista. O ensino foi dirigido, na maioria dos inquiridos (46,20%) ao cuidador, 30,80% ao doente e cuidador e 23,10% apenas ao doente.

Na maioria dos elementos de ambos os sexos (74,70%), o programa de reabilitação foi continuado após alta. Aqui no programa de reabilitação após alta, constatamos diferenças estatísticas significativas ($p=0,028$) para um $X^2=4,839$.

As questões económicas são as mais referidas em ambos os sexos (40,00%) como motivo para as desistências do programa de reabilitação pós alta. Também uma grande percentagem (30,00%) referiu que não continuaram o programa de reabilitação “porque o médico não mandou”.

Quadro 4: Caraterização circunstancial e clínica segundo o género: tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão, início do programa de Reabilitação, Reabilitação após alta.

VARIÁVEIS	MASCULINO (n=40)		FEMININO (n=35)		TOTAL (n=75)		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Tipo de AVC							2.455	0.117
Isquémico	33	82.50	33	94.30	66	88.00		
Hemorrágico	7	17.50	2	5.70	9	12.00		
Tempo de internamento							2.455	0.293
Até 7 dias	3	7.50	3	8.60	6	8.00		
De 7 a 14 dias	7	17.50	2	5.70	9	12.00		
Mais de 14 dias	30	75.00	30	85.70	60	80.00		
Lado (local) da lesão							1.142	0.565
Hemisfério direito	17	42.50	13	38.20	30	40.50		
Hemisfério esquerdo	21	52.50	17	50.00	38	51.40		
Tronco cerebral/cerebelo	2	5.00	4	11.80	6	8.10		
Durante o internamento iniciou o programa de Reabilitação?							3.977	0.046
Sim	38	95.00	28	80.00	66	88.00		
Não	2	5.00	7	20.00	9	12.00		
Se a resposta foi Sim, por quem foi realizado o programa de Reabilitação?							1.741	0.187
Enfermeiro de reabilitação	31	81.60	26	92.90	57	86.40		
Fisioterapeuta	7	18.40	2	7.10	9	13.90		
Foi processado Ensino Formal de preparação para a alta?							3.516	0.061
Sim	10	25.00	3	8.60	13	17.30		
Não	30	75.00	32	91.40	62	82.70		
Se sim, a quem foi dirigido:							1.264	0.532
Ao doente	3	30.00	---	00.00	3	23.10		
Ao cuidador	4	40.00	2	66.70	6	46.20		
Ambos	3	30.00	1	33.30	4	30.80		
Se a resposta foi Sim, quem planeou e realizou o ensino?							1.170	0.557
Enfermeiro generalista	1	10.00	---	00.00	1	7.70		
Enfermeiro de reabilitação	7	70.00	3	100.00	10	76.90		
Fisioterapeuta	2	20.00	---	00.00	2	15.40		
Após a alta continuou o processo de Reabilitação?							4.839	0.028
Sim	34	85.00	22	62.90	56	74.70		
Não	6	15.00	13	37.10	19	25.30		
Se a resposta foi Não, indique a(s) razão(ões) porque não continuou?							5.897	0.435
“Porque o médico não mandou.”	2	28.60	4	30.80	6	30.00		
“Por questões económicas”	3	42.90	5	38.50	8	40.00		
“Por causa da distância.”	---	00.00	1	7.70	1	5.00		
“Sem condições económicas e por achar que não era necessário”	---	00.00	2	15.40	2	10.00		
“Não tinha conhecimento.”								
“Por falta de apoio.”	1	14.30	---	00.00	1	5.00		
“Tinha muitas dores.”	---	00.00	1	7.70	1	5.00		
“Tinha muitas dores.”	1	14.30	---	00.00	1	5.00		

Na tabela seguinte estão patentes os principais fatores de risco salientados pelos inquiridos. Sendo a HTA isolada, e a HTA associada à diabetes os fatores de risco mais referenciados com 14,70% para ambos, seguido da associação da HTA com hipercolesterolemia, hipercolesterolemia e diabetes, e diabetes com obesidade, com 10,70%; 6,70%; e 6,70% respetivamente. Os restantes fatores de risco têm menor prevalência, com uma percentagem entre 1,30% e 5,30%.

Tabela 1: Caracterização circunstancial e clínica: Fatores de risco.

FATORES DE RISCO	N	%
Hipertensão Arterial	11	14.70
Diabetes Mellitus	1	1.30
Doença Cardíaca	1	1.30
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus	11	14.70
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca	2	2.70
Hipertensão Arterial + Hipercolesterolemia	8	10.70
Hipertensão Arterial + Tabagismo	3	4.00
Hipertensão arterial + Etilismo	1	1.30
Hipertensão arterial + Obesidade	4	5.30
Doença cardíaca + Tabagismo	1	1.30
Hipercolesterolemia + Etilismo	1	1.30
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Doença cardíaca	3	4.00
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Hipercolesterolemia	5	6.70
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Etilismo	1	1.30
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Obesidade	5	6.70
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Hipercolesterolemia	2	2.70
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Obesidade	1	1.30
Hipertensão Arterial + Hipercolesterolemia + Obesidade	2	2.70
Hipertensão Arterial + Tabagismo + Etilismo	2	2.70
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Doença cardíaca + Hipercolesterolemia	2	2.70
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Hipercolesterolemia + Obesidade	1	1.30
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Etilismo + Obesidade	1	1.30
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Hipercolesterolemia + Etilismo	1	1.30
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Tabagismo + Etilismo	1	1.30
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Tabagismo + Outro	1	1.30
Hipertensão Arterial + Doença Cardíaca + Etilismo + Obesidade	1	1.30
Hipertensão Arterial + Hipercolesterolemia + Tabagismo + Etilismo	1	1.30
Hipertensão Arterial + Diabetes Mellitus + Doença cardíaca + Hipercolesterolemia + Obesidade	1	1.30
TOTAL	75	100.00

No quadro 5 estão esquematizadas as estatísticas referentes ao n.º de sessões e ao tempo de duração, diferenciados por cada género. Verificamos que o n.º de sessões da amostra total oscila entre o mínimo de 1 e o máximo 28, correspondendo-lhe uma média de 10.82, um desvio-padrão de 5.987 e um CV de 55,333%, que nos indica a existência de uma dispersão

elevada. Analisando o número de sessões em função do sexo, verificamos que a média de sessões para o sexo masculino ($\bar{x}=10.74$) é inferior ao sexo feminino ($\bar{x}=10.93$), apresentando ambos uma dispersão elevada (53,668% e 58,390%, respectivamente para homens e mulheres).

Quanto ao tempo de duração do programa de reabilitação, os inquiridos apresentam uma média de 3,38 (2,88 para o sexo masculino e 4,16 para o sexo feminino), um desvio-padrão de 2,671 (2,512 para os homens e 2,781 para as mulheres) e um CV de 79,024% (87,222% para o sexo masculino e 66,851% para o sexo feminino), que indica uma dispersão elevada em torno da média.

Analisando as medidas de assimetria ou enviesamento (Skweness/Std. Error) e de achatamento ou curtose (Kurtosis/Std. Error), podemos concluir que a distribuição do número de sessões e do tempo de duração o programa de reabilitação, em ambos os sexos, é simétrica e mesocúrtica.

Quadro 5: Caraterização circunstancial e clínica segundo o género: número de sessões de Reabilitação e tempo de duração do programa de Reabilitação.

		Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness	CV (%)
Nº. de sessões	Masculino	1	22	10.74	5.764	-0.943	0.466	53,668
	Feminino	2	28	10.93	6.382	0.726	1.001	58,390
	Total	1	28	10.82	5.987	-0.134	0.718	55,333
Por quanto tempo	Masculino	0.15	10	2.88	2.512	1.128	1.230	87,222
	Feminino	1	9	4.16	2.781	-1.267	0.425	66,851
	Total	0.15	10	3.38	2.671	-0.316	0.841	79,024

3.1.3. Caraterização da funcionalidade familiar

A caraterização da funcionalidade familiar que seguidamente passamos a analisar assenta na escala de Apgar Familiar.

No quadro 6 estão esquematizadas as estatísticas referentes à funcionalidade familiar, diferenciadas por cada género. De onde salientamos que a escala varia entre o mínimo de 0 e o máximo de 10, em ambos os sexos. Em média, os homens apresentam melhor score na funcionalidade familiar, comparativamente às mulheres (6.87 para 6.83). Por sua vez, a média

da Escala de Apgar Familiar é de 6,85 com um desvio-padrão de 3,424, e uma dispersão elevada (49,985%).

Pelos resultados obtidos e tendo em conta os valores de referência para os valores de simetria (Skewness) e de achatamento (kurtosis) poderemos afirmar que a distribuição da funcionalidade familiar por ambos os sexos é simétrica e mesocúrtica.

Quadro 6: Estatísticas relativas à funcionalidade familiar segundo o género.

	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness	CV (%)
Masculino	0	10	6.87	3.688	-0.719	-0.868	53,683
Feminino	0	10	6.83	3.148	-0.842	-0.498	46,091
Total	0	10	6.85	3.424	-0.739	-0.727	49,985

Verificamos pela análise do quadro 7 que a maioria da amostra (57,30%) percebe a sua família como sendo altamente funcional, 26,70% como moderadamente funcional e 16% com disfunção acentuada.

Analisando as estatísticas relativas à funcionalidade familiar em função do sexo, verificamos que as famílias altamente funcionais, no sexo masculino, prevalecem com 62.50% comparativamente ao sexo feminino que apresenta 51.40%. As famílias moderadamente funcionais predominam nas mulheres com 37.10%, enquanto os homens apresentam 17.50%. Relativamente à disfunção acentuada, os homens apresentam 20% e as mulheres 11.40%.

Quadro 7: Funcionalidade familiar segundo o género.

	MASCULINO (n=40)		FEMININO (n=35)		TOTAL (n=75)		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Funcionalidade familiar							3.957	0.138
Disfunção acentuada	8	20.00	4	11.40	12	16.00		
Moderadamente funcionais	7	17.50	13	37.10	20	26.70		
Altamente funcionais	25	62.50	18	51.40	43	57.30		

3.1.4. Caraterização da capacidade funcional

A capacidade funcional do doente é avaliada através da Escala de Barthel.

No quadro 8 estão esquematizadas as estatísticas referentes à capacidade funcional, diferenciados por cada género. De onde salientamos que, em média, os homens apresentam melhor score na capacidade funcional, comparativamente às mulheres (61.15 para 51.71).

O score obtido na amostra total varia entre os limites mínimo e máximo permitidos pela escala (0 e 100, respetivamente). Por sua vez, a média da Escala de Barthel é de 56,75 com um desvio-padrão de 28.527, e uma dispersão elevada de 50,268%.

Pelos resultados obtidos e tendo em conta os valores de referência para os valores de simetria (Skewness) e de achatamento (kurtosis) poderemos afirmar que a distribuição da capacidade funcional por ambos os sexos é simétrica e mesocúrtica.

Quadro 8: Estatísticas relativas à avaliação da capacidade funcional segundo o género.

	Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness	CV (%)
Masculino	0	100	61.15	27.879	-0.630	-0.323	45,591
Feminino	0	100	51.71	28.824	-0.958	-0.071	55,742
Total	0	100	56.75	28.527	-0.847	-0.204	50,268

Verificamos pela análise do quadro 9 que 40% dos indivíduos são portadores de ligeira dependência, 37,50% e 42,90% para o sexo masculino e feminino, respetivamente. De realçar ainda que 18,70% dos indivíduos são independentes (25,00% do sexo masculino e 11,40% do sexo feminino), 17,30% moderadamente dependentes (17,50% do sexo masculino e 17,10% do sexo feminino), 13,30% totalmente dependentes (7,50% do sexo masculino e 20,00% do sexo feminino) e 10,70% severamente dependentes (12,50% do sexo masculino e 8,60% do sexo feminino).

Da análise em função do género podemos verificar que o valor médio de independência funcional é mais elevado no sexo masculino (25% para 11,40%), ao contrário do desvio-padrão (27.879 para 28.824) e do coeficiente de variação (45,591 para 55,742).

Quadro 9: Capacidade funcional segundo o género.

	MASCULINO (n=40)		FEMININO (n=35)		TOTAL (n=75)		X ²	p
	N	%	N	%	N	%		
Capacidade funcional							4.435	0.350
Totalmente dependente	3	7.50	7	20.00	10	13.30		
Severamente dependente	5	12.50	3	8.60	8	10.70		
Moderadamente dependente	7	17.50	6	17.10	13	17.30		
Ligeiramente dependente	15	37.50	15	42.90	30	40.00		
Independente	10	25.00	4	11.40	14	18.70		

3.1.5. Caraterização da qualidade de vida

A qualidade de vida é avaliada através da Escala PSN.

No quadro 10 estão esquematizadas as estatísticas referentes às dimensões da qualidade de vida, diferenciadas por cada género. Assim, salientamos que no grupo de doentes do sexo masculino, ao nível da *Mobilidade física* obtivemos um mínimo de 12,50 e um máximo de 75 e no *Sono* um mínimo de 20 e um máximo de 100, o que não acontece nas restantes dimensões, onde o mínimo foi sempre de 0 e o máximo de 100, à exceção do *Dor*, onde o máximo foi 87.50. Verificamos que, em termos de valores médios mais elevados, os mesmos foram registados nas dimensões *Reacções Emocionais* (66.94) e *Energia* (57.50), significando que é nestas dimensões que os doentes percecionam de forma menos positiva a sua qualidade de vida. No grupo de doentes do sexo feminino, constatamos que em quase todas as dimensões da qualidade de vida o mínimo obtido foi de 0 e o máximo de 100, excetuando a dimensão *Mobilidade física*, onde o máximo registado foi 87.50, a dimensão *Reacções Emocionais*, onde o mínimo foi 11.11 e a dimensão *Sono*, onde o mínimo foi 20. A média mais elevada recaiu na dimensão *Energia* (82.86), seguindo-se as *Reacções Emocionais* (66.98), demonstrando que é nestas dimensões que as doentes sentem que têm menor qualidade de vida.

Pelos resultados obtidos e tendo em conta os valores de referência para os valores de simetria (Skewness) e de achatamento (kurtosis) poderemos afirmar que a distribuição das dimensões da qualidade de vida por ambos os sexos é simétrica e mesocúrtica, exceto para a dimensão “energia” nos elementos do género feminino e na amostra total, em que salientamos a existência de uma curva demasiado “alta” (leptocúrtica).

Quadro 10: Estatísticas relativas à avaliação da qualidade de vida segundo o género.

		Mínimo	Máximo	Média	Dp	Kurtosis	Skewness	CV (%)
Masculino	Mobilidade física	12.50	75.00	34.37	19.56	-0.321	0.734	56,91
	Dor	0	87.50	38.75	29.12	-1.117	0.193	75,148
	Energia	0	100	57.50	39.93	-1.402	-0.377	69,443
	Reacções emocionais	0	100	66.94	29.07	-0.241	-0.734	43,427
	Sono	20	100	54.00	24.89	-1.250	0.104	46,093
	Isolamento social	0	100	36.50	20.20	1.474	0.841	55,342
Feminino	Mobilidade física	0	87.50	40.71	21.51	-0.578	0.421	52,837
	Dor	0	100	43.93	31.12	-1.285	-0.048	70,84
	Energia	0	100	82.86	11.33	2.768	0.497	13,673
	Reacções emocionais	11.11	100	66.98	27.41	-0.842	-0.596	40,923
	Sono	20.00	100	61.14	27.41	-1.236	0.037	44,832
	Isolamento social	0	100	46.28	21.57	0.047	0.215	51,017
Total	Mobilidade física	0	87.50	37.33	20.60	-0.514	0.580	55,183
	Dor	0	100	41.17	29.97	-1.219	0.084	72,796
	Energia	0	100	69.33	83.06	4.569	0.596	119,804
	Reacções emocionais	0	100	66.96	28.12	-0.522	-0.663	41,995
	Sono	20.00	100	57.33	26.17	-1.188	0.104	45,648
	Isolamento social	0	100	41.07	21.28	0.316	0.514	51,814

3.2. ANÁLISE INFERENCIAL

Após a análise descritiva dos dados obtidos descrita anteriormente, passamos de seguida à abordagem inferencial dos mesmos, através da estatística analítica. Procedemos assim à verificação da validade das hipóteses, associando algumas das variáveis independentes em estudo, à nossa variável dependente.

Com o intuito de operacionalizar o nosso estudo, formulámos algumas hipóteses, as quais foram testadas através de testes não paramétricos, nomeadamente Testes U de Mann-Whitney e Testes de Kruskal-Wallis. Optámos por testar as nossas hipóteses através de testes não paramétricos, uma vez que não existe uma distribuição normal das dimensões da variável dependente, como nos mostra a seguir o teste da normalidade.

TESTE DA NORMALIDADE

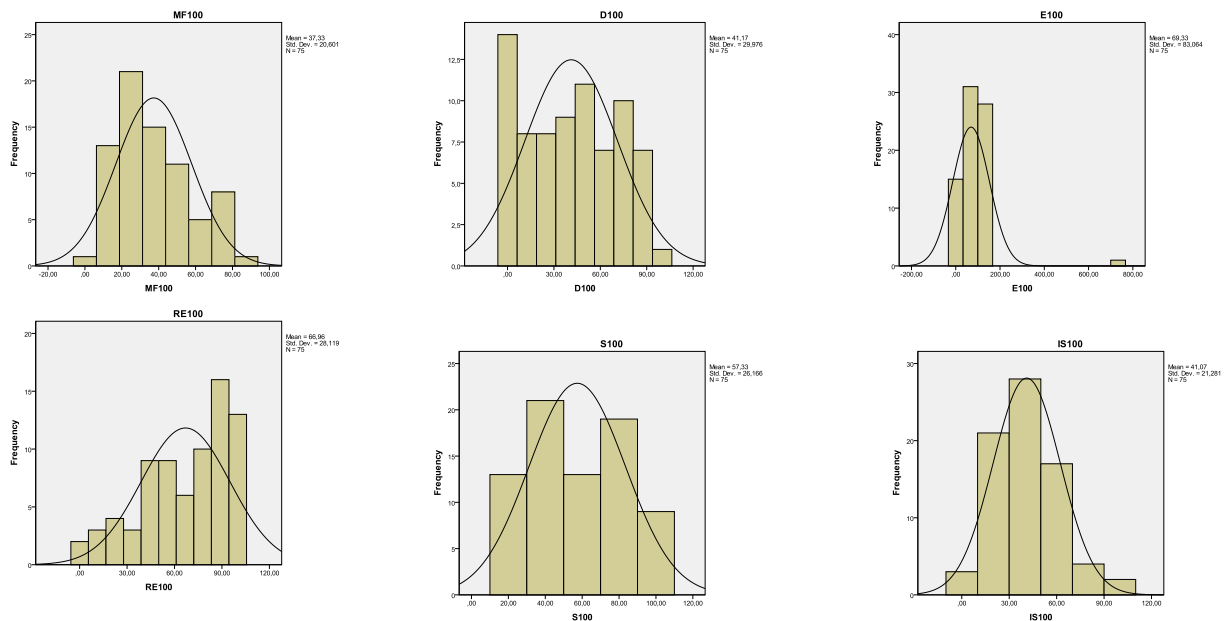
Pelo Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors (quadro 11) verificamos que a distribuição de dados referentes às dimensões da variável dependente (qualidade de vida), não se encontra enquadrada na normalidade em nenhuma das suas dimensões ($p < 0,05$). Em concreto, e pela análise do gráfico 1 somos obrigados a assumir a inexistência de uma distribuição normal ou próximo do normal para as dimensões, o que nos limita de certa forma a utilização de medidas estatísticas paramétricas.

Quadro 11: Teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors.

	Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors ^a	
	Estatísticas	p
Mobilidade Física	0.192	0.000***
Dor	0.124	0.006**
Energia	0.343	0.000***
Reacções Emocionais	0.170	0.000***
Sono	0.199	0.000***
Isolamento Social	0.213	0.000***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Gráfico 1: Histogramas das dimensões da qualidade de vida, com curva de normalidade.



As hipóteses foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação causal entre as variáveis. Os critérios de decisão para os testes de hipóteses, baseiam-se no estudo das probabilidades, confirmando-se a hipótese se a probabilidade for inferior a 0,05 e rejeitando-se se superior a esse valor.

O tratamento dos dados foi feito informaticamente através do programa SPSS. 19, em que se utilizaram os seguintes níveis de significância:

- ◆ $p \geq 0.05$ – não significativo
- ◆ $p < 0.05$ – ligeiramente significativo
- ◆ $p < 0.01$ – muito significativo
- ◆ $p < 0.001$ – muitíssimo significativo

Com a finalidade de saber quais os fatores que influenciam a qualidade de vida e suas dimensões, formulámos as hipóteses gerais que se seguem, das quais resultaram um conjunto de variáveis específicas subjacentes a cada umas das variáveis estudadas na presente investigação.

Hipótese 1 – Existem efeitos significativos das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, área de residência, habilitações literárias, situação laboral e condições habitacionais) na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Para conhecermos a influência do sexo nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, o qual compara o centro de localização de duas amostras, como forma de localizar diferenças entre os dois grupos correspondentes (feminino e masculino) ao nível da variável dependente. Pela análise dos resultados (cf. Quadro 12) constatamos que as mulheres apresentam valores mais elevados em todas as dimensões, mas apenas com significado estatístico na dimensão *Isolamento Social* ($p=0,033$). Esta constatação, ao permitir concluir que existe, genericamente, uma homogeneidade na qualidade de vida segundo o sexo, leva-nos a aceitar a hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre a ponderação média do sexo feminino e

masculino ao nível da qualidade de vida, quando considerado apenas o fator *Isolamento Social*.

Por forma a conhecermos o efeito da variável grupo etário sobre a qualidade de vida, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, com a finalidade de verificarmos se as distribuições dos grupos em análise têm o mesmo parâmetro de localização. Os resultados do teste permitem-nos constatar que apesar de se registarem diferenças entre os pesos médios apresentados pelos grupos etários nas seis dimensões da qualidade de vida, estas diferenças não são contudo estatisticamente significativas. Deste modo somos levados a rejeitar a hipótese específica de que o grupo etário exerce um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quanto ao estado civil versus as dimensões da qualidade de vida, recorremos uma vez mais ao teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os solteiros apresentam scores mais elevados em todas as dimensões, mas com significado estatístico apenas para o *Isolamento Social*, ou seja, aceita-se a hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e o nível da qualidade de vida quando considerado apenas o fator *Isolamento Social*.

No que diz respeito à influência da residência nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os doentes da zona rural apresentam scores mais elevados na maioria das dimensões, com exceção do *Isolamento Social* onde prevalecem os elementos da zona urbana. Não existem diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões, o que nos levar a rejeitar a hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre a influência da residência e o nível da qualidade de vida

Já para as habilitações literárias, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os indivíduos que não sabem ler nem escrever apresentam médias superiores em todas as dimensões, exceto, nas dimensões *Reações Emocionais* e *Isolamento Social*, mas sem significado estatístico em nenhuma das dimensões. Deste modo somos levados a rejeitar a hipótese específica de que as habilitações literárias exercem um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quanto à situação laboral, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que os reformados apresentam os scores mais elevados na generalidade das dimensões, mas com ausência de significado estatístico. Assim, somos levados a rejeitar a hipótese específica

de que existem diferenças estatisticamente significativas entre a situação laboral e o nível de qualidade de vida.

Já para as condições habitacionais, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que as médias mais elevadas, na maioria das dimensões, pertencem aos indivíduos que têm apartamentos com elevador, mas com ausência de significado estatístico para cada uma delas. Os resultados do teste permitem-nos constatar que rejeitámos a hipótese específica de que as condições habitacionais exercem um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quadro 12: Teste U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis sociodemográficas com a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Dimensões da qualidade de vida Variáveis	Mobilidade física	Dor	Energia	Reacções emocionais	Sono	Isolamento social	Teste
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Sexo							
Masculino	34.85	36.41	35.84	38.42	35.40	33.20	Mann-Whitney
Feminino	41.60	39.81	40.47	37.51	40.97	43.49	
(p)	0.172	0.496	0.338	0.855	0.257	0.033*	
Idade							
<=45 anos	34,00	35,75	48,50	51,25	40,50	26,25	Kruskal-Wallis
46-60 anos	29,67	30,44	29,39	29,61	34,06	28,75	
61-75 anos	39,83	40,17	39,95	38,48	38,16	41,08	
>75 anos	42,33	41,09	41,11	42,74	40,65	41,98	
(p)	0.263	0.389	0.225	0.203	0.799	0.126	
Estado civil							
Solteiro	52,40	57,30	58,60	50,20	59,80	56,20	Kruskal-Wallis
Casado	35,57	36,02	35,76	35,62	36,31	32,57	
Viúvo	44,00	37,81	39,76	40,36	36,10	46,79	
Divorciado	24,17	38,33	30,58	37,00	40,67	34,08	
Outro	25,00	26,50	36,50	33,50	24,00	14,00	
(p)	0.118	0.327	0.181	0.659	0.183	0.018*	
Residência							
Urbana	33.92	37.74	33.55	32.92	36.05	38.87	Mann-Whitney
Rural	39.38	38.09	39.51	39.72	38.66	37.71	
(p)	0.335	0.951	0.283	0.235	0.644	0.834	
Habilitações							
Não sabe ler	47,98	48,50	45,50	45,74	44,67	42,88	Kruskal-Wallis
Menos de 4 anos	44,94	39,72	41,33	49,11	43,78	43,22	
4 anos	32,81	31,38	33,31	34,88	34,47	34,34	
4-6 anos	36,63	37,50	37,50	28,63	28,00	37,50	
7-9 anos	29,50	35,50	36,50	21,88	28,00	26,25	
Curso superior	25,00	35,00	28,75	16,75	40,50	49,75	
Outro	8,00	45,00	36,50	26,00	41,00	38,50	
(p)	0.091	0.210	0.534	0.087	0.482	0.586	
Situação Laboral							
Baixa	34,88	33,26	37,41	34,29	35,65	35,76	Kruskal-Wallis
Desempregado	25,00	35,38	25,50	21,88	40,50	25,75	
Reformado	39,89	40,08	39,16	40,34	38,83	39,63	
Domestica	43,00	18,50	36,50	41,50	24,00	38,50	
(p)	0.510	0.535	0.656	0.335	0.854	0.593	
Condições habit.							
Moradia c/ escadas	39,24	37,30	38,13	38,07	38,08	38,39	Kruskal-Wallis
Moradia s/ escadas	15,00	37,75	28,25	43,50	40,75	26,25	
Apartamento c/ elevador	40,50	47,50	39,33	32,50	35,00	53,50	
Apartamento s/ elevador	39,25	42,25	44,63	35,50	36,25	31,88	
(p)	0.179	0.849	0.732	0.917	0.985	0.348	

Hipótese 2 - Existem efeitos significativos das variáveis circunstanciais e clínicas (tipo de AVC, tempo de internamento, local da lesão e programa de reabilitação) na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Para conhecermos o tipo de AVC nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, o qual compara o centro de localização de duas amostras, como forma de localizar diferenças entre os dois grupos correspondentes (isquémico e hemorrágico) ao nível da variável dependente. De onde salientamos que os doentes com AVC isquémico prevalecem na maioria das dimensões, com exceção da *Mobilidade Física* onde predominam os elementos com AVC hemorrágico. Contudo, não existem diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das dimensões, o que nos leva a rejeitar a hipótese específica de que existem diferenças estatísticas significativas entre tipo de AVC e o nível de qualidade de vida.

Relativamente ao tempo de internamento, efetuamos um teste de Kruskal-Wallis, com a finalidade de verificarmos se as distribuições dos grupos em análise têm o mesmo parâmetro de localização. Salientamos a prevalência dos indivíduos internados há mais de 14 dias em todas as dimensões, mas sem qualquer significado estatístico. Deste modo, somos levados a rejeitar a hipótese específica de que o tempo de internamento exerce um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quanto ao local da lesão versus as dimensões da qualidade de vida, recorreremos ao teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos a prevalência, ora dos que têm lesão no hemisfério esquerdo, ora dos que têm lesão no hemisfério direito na maioria das dimensões, mas com ausência de significado estatístico para cada uma das dimensões, o que leva a rejeitar a hipótese específica de que existem diferenças estatísticas significativas entre o local da lesão e o nível de qualidade de vida.

No que diz respeito à influência do programa de reabilitação nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um Teste U de Mann-Whitney, de onde salientamos que os doentes que iniciaram um programa de reabilitação no internamento apresentam scores mais elevados na totalidade das dimensões, não existindo contudo diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões. Deste modo somos levados a rejeitar a hipótese específica de que o programa de reabilitação exerce um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quadro 13: Testes U de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis relacionando as variáveis circunstanciais e clínicas com a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Dimensões da qualidade de vida Variáveis	Mobilidade física	Dor	Energia	Reacções emocionais	Sono	Isolamento social	Teste
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Tipo de AVC							
Isquémico	37,77	38,22	38,48	38,55	38,45	38,77	Mann-Whitney
Hemorrágico	39,67	36,39	34,44	33,94	34,67	32,39	
(p)	0,803	0,811	0,586	0,547	0,616	0,389	
Tempo de internamento							
Até 7 dias	28,83	33,75	26,25	25,58	32,17	37,25	Kruskal-Wallis
De 7 a 14 dias	35,78	30,28	30,61	37,06	31,00	28,67	
Mais de 14 dias	39,25	39,58	40,28	39,38	39,63	39,48	
(p)	0,495	0,426	0,154	0,324	0,410	0,348	
Local da lesão							
Hemisfério direito	37,93	37,70	38,08	36,75	36,47	34,23	Kruskal-Wallis
Hemisfério Esquerdo	37,79	38,12	37,39	38,01	37,46	41,26	
Tronco cerebral	33,50	32,58	35,25	38,00	42,92	30,00	
(p)	0,889	0,838	0,953	0,969	0,789	0,242	
Programa de reabilitação							
Sim	38,83	38,64	39,20	38,77	39,17	38,79	Mann-Whitney
Não	31,94	33,33	29,17	32,33	29,44	32,22	
(p)	0,365	0,490	0,176	0,401	0,198	0,375	

Hipótese 3 - Existem efeitos significativos da funcionalidade familiar na qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Para conhecermos a influência da funcionalidade familiar nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, com a finalidade de verificarmos se as distribuições dos grupos em análise têm o mesmo parâmetro de localização. Salientamos a prevalência, ora dos doentes com disfunção acentuada, ora dos moderadamente funcionais, mas com ausência de significado estatístico para cada uma das dimensões. Deste modo, somos levados a rejeitar a hipótese específica de que a funcionalidade familiar exerce um efeito significativo sobre a qualidade de vida.

Quadro 14: Teste de Kruskal-Wallis relacionando a funcionalidade familiar com a qualidade dos doentes vítimas de AVC.

Dimensões da qualidade de vida Variáveis	Mobilidade física	Dor	Energia	Reacções emocionais	Sono	Isolamento social	Teste
	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Funcionalidade familiar							
Disfunção acentuada	39,92	38,50	45,54	44,50	36,50	43,67	Kruskal-Wallis
Moderada/ funcionais	37,20	43,80	42,30	39,78	41,05	43,73	
Alta/ funcionais	37,84	35,16	33,90	35,36	37,00	33,76	
(p)	0,938	0,335	0,130	0,392	0,753	0,124	

Hipótese 4 - Existem associações significativas entre o nível de independência funcional e a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC.

Para sabermos a influência do nível de independência nas dimensões da qualidade de vida, utilizamos um teste de Kruskal-Wallis, de onde salientamos que são os doentes total e severamente dependentes que apresentam scores mais elevados na maioria das dimensões, e com diferenças estatísticas ligeiramente significativas, muito significativas e muitíssimo significativas na maioria das dimensões, excepto na *Dor*. Esta constatação leva-nos a aceitar a hipótese específica de que existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de independência funcional e o nível da qualidade de vida, quando considerados todos os fatores, exceto a *Dor*.

Quadro 15: Teste de Kruskal-Wallis relacionando o nível de dependência com a qualidade dos doentes vítimas de AVC.

Dimensões da qualidade de vida	Mobilidade física	Dor	Energia	Reacções emocionais	Sono	Isolamento social	Teste
Variáveis	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	Ord. média	
Nível de dependência							
Totalmente dependente	56,70	43,70	43,85	45,75	47,70	53,35	Kruskal-Wallis
Severa/ dependente	52,06	47,75	44,94	56,38	47,88	51,00	
Moderada/ dependente	41,15	41,65	52,77	49,27	37,77	38,19	
Ligeira/ dependente	35,72	37,35	36,70	36,92	39,40	35,75	
Independente	18,57	26,36	18,93	13,82	22,64	24,25	
(p)	0.000	0.147	0.001	0.000	0.024	0.005	

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste ponto do trabalho procedemos à discussão dos resultados anteriormente expostos, com base na revisão da literatura e na experiência profissional.

Começamos por dizer que constatámos que, em média, os homens (67,65 anos) são mais novos que as mulheres (68,80 anos), sendo, contudo, o elemento mais velho do sexo feminino com 93 anos. Em ambos os sexos prevalecem os inquiridos com 61-75 anos, com 45% e 40%, respetivamente para homens e mulheres.

A este propósito, podemos referir que a idade é um fator de risco predisponente para o AVC, porque o aumento exponencial da incidência e da mortalidade está associado à idade. De acordo com Martins (2002), há uma maior ocorrência de AVC em indivíduos do sexo masculino, nomeadamente em indivíduos na meia-idade. Porém, a mortalidade por AVC é mais significativa no sexo feminino provavelmente porque o AVC, na mulher, ocorre em idades mais avançadas. Martins (2002, p.59) refere que “até aos cinquenta anos a incidência da doença é maior no homem, tendendo depois desta idade a ser igual em ambos os sexos”.

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

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

Verificámos que a maioria dos doentes são do sexo masculino (n=40), o que também corrobora os dados encontrados por Sousa (2011), onde a maioria da sua amostra também era do sexo masculino. No que se refere à distribuição por género, ainda que seja equitativa, o

AVC atinge preferencialmente mulheres entre os 45-50 anos e homens acima dessas idades (Carvalho, 2009).

Quanto ao estado civil, a grande maioria dos homens (72,50%) são casados, enquanto nas mulheres os valores percentuais mais significativos são os das viúvas, com 42,90%. No estado civil, constatámos diferenças estatísticas ligeiramente significativas ($p=0,011$) para um $X^2=13,144$.

Estes dados estão em consonância com o referido por Branco, Nogueira e Dias (2001), na medida em que estes autores referem que há uma predominância de idosos viúvos a nível nacional, destacando-se uma prevalência para as idosas viúvas. Salienta-se que a viuvez, por norma, está associada a um aumento de dependência e ao aumento da institucionalização.

Quanto às habilitações literárias, salientamos que uma percentagem significativa de inquiridos possui um nível baixo de escolaridade, 52,50% dos homens possui apenas a 4ª classe e 45,70% das mulheres não sabem ler nem escrever. Nas habilitações literárias, registamos diferenças estatísticas ligeiramente significativas ($p=0,041$) para um $X^2=13,147$. Em relação à situação laboral, o grupo de sujeitos da amostra reformados é o que prevalece em ambos os sexos, tal como as moradias com escadas, ao nível das condições habitacionais. Estes dados confirmam que os idosos, em Portugal, possuem baixos níveis de escolaridade, recebendo reformas muito baixas, não lhes permitindo fazer alterações nas suas habitações de acordo com as suas necessidades atuais (Branco *et al.*, 2001).

Os nossos dados estão em consonância com os encontrados por Martins (2006), tendo em conta que a sua amostra era constituída na maioria por doentes casados/união de facto, com um baixo nível de escolaridade.

Ao nível das condições habitacionais, constatou-se que os participantes que têm moradias com escadas e que habitam em apartamentos com elevador apresentaram valores médios mais elevados na maioria das dimensões da qualidade de vida, mas com ausência de significado estatístico. Estes resultados sugerem que são estes doentes que percecionam uma menor qualidade de vida. Pode referir-se que o acesso à habitação influencia a qualidade de vida, pois o doente com AVC depara-se na maioria das vezes com dificuldades da mobilidade e, por isso, o acesso por escadas em nada facilita ultrapassar esta limitação.

Apurámos que quer no grupo de participantes do sexo masculino, quer no do sexo feminino, a maioria dos doentes sofreu AVC isquémico, com 82,50% e 94,30% respetivamente. Estes resultados estão em consonância com os encontrados por Gomes *et al.*

(2008), cujo estudo contou com 58 doentes, sendo 30 do sexo feminino (51,7%) e 28 do sexo masculino (48,3%), dos quais 45 doentes (77,6%) tiveram AVC isquémico, sendo 24 mulheres e 21 homens.

Quanto ao tempo de internamento, mais de 14 dias também é o período que prevalece em ambos os sexos, podendo ser consequência das incapacidades e complicações resultantes desta patologia. O mesmo se passa com o local da lesão, em que o hemisfério esquerdo é o mais lesado nos dois grupos. Sendo o AVC “a principal causa de dependência e de incapacidade” em Portugal (Sá, 2009) é de extrema importância realçar as suas manifestações motoras mais frequentes: a hemiparésia e a hemiplegia que geram uma assimetria corporal do lado afetado, levando a uma instabilidade postural em repouso e em movimento (Direção Geral da Saúde, 2010).

Num estudo realizado por Kim *et al.* (s.d.), cit.in Mestre (2004), os resultados demonstraram que os doentes com lesão no hemisfério direito avaliavam a sua qualidade de vida de forma mais negativa, comparativamente aos doentes com lesão no hemisfério esquerdo.

Um outro resultado a que chegámos foi que a grande maioria dos homens (95,00%) e a grande maioria das mulheres (80,00%) iniciou o programa de reabilitação. O enfermeiro de reabilitação foi quem realizou o programa, prevalecendo em ambos os sexos. Na maioria dos inquiridos, o programa de reabilitação foi continuado pós alta. As questões económicas são as mais referidas em ambos os sexos como motivo para as desistências de programas de reabilitação pós alta.

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

A prevenção secundária é uma parte essencial dos cuidados fornecidos atualmente aos doentes com AVC. O termo reabilitação, neste âmbito, refere-se a intervenções multifacetadas

e coordenadas com o objetivo de otimizar o doente com esta patologia a nível físico, psicológico e social (Fardy, Franklin, Pocari & Verril, 2001).

A OMS (1997, cit.in Duarte, 2009) define a reabilitação cardíaca como o somatório das atividades necessárias para garantir aos doentes as melhores condições física, mental e social, para que estes consigam, pelo seu próprio esforço, reconquistar uma posição normal na comunidade e levar uma vida ativa e produtiva, ou seja, ter uma melhor qualidade de vida.

Se o AVC é a primeira causa de incapacidade no mundo (André, 2006), a reabilitação destes doentes implica necessariamente auxiliá-los, sobretudo os que ficam com incapacidade, a fim de obterem a capacidade funcional máxima, bem como levá-los a manter um nível ótimo de saúde e a adaptarem-se a um novo estilo de vida, o que contribui para uma melhor qualidade de vida.

Por norma, após um episódio agudo de AVC, a maioria dos sobreviventes, vêm-se confrontados com bruscas mudanças no seu modo de vida, ficando alguns deles com limitações físicas e cognitivas que os impedem de realizar com autonomia algumas ABVD e AIVD. Aliás, constatámos que a maioria dos homens e das mulheres apresentam ligeira dependência com 37,50% e 42,90%, respetivamente. Por norma, estas limitações afetam a função motora, acompanhados de défices sensoriais e cognitivos, alterações da visão, da linguagem e da instabilidade de humor (Kell-Hayes,1998). Face a esta situação, é de vital importância dar-se corpo à intervenção precoce em cuidados de enfermagem de reabilitação, a fim de se promover ao máximo a independência da pessoa e, simultaneamente, prevenir-se outras complicações decorrentes dessas limitações.

Tendo em conta a importância da reabilitação, é essencial que os enfermeiros realizem ensinamentos formais aos doentes, o que não se verificou na maioria da amostra em estudo. É que a enfermagem de reabilitação tem como objetivos gerais “melhorar a função, promover a independência e a máxima satisfação da pessoa e, deste modo, preservar a auto estima” (*Regulamento n.º 125/2011* de 18 de Fevereiro de 2011, p.8658).

Apurámos que os principais fatores de risco presentes nos doentes eram a HTA e a HTA associada à diabetes. Os resultados obtidos estão em consonância com os de Martins (2002), que refere que o AVC é, predominantemente, uma doença dos indivíduos com mais de 65 anos e está correlacionada, essencialmente, com os fatores de risco vascular, como foi confirmado neste estudo, onde prevaleceram a diabetes *mellitus*, a HTA, a dislipidemia, entre outros. Considerando que cada vez mais são encontradas causas que predisõem um doente a

contrair um AVC, é importante continuar-se a identificá-las e atuar sobre elas, isto é, desenvolver políticas de prevenção, podendo afirmar-se que a melhor maneira de tratar um AVC é fazer com que o doente não o tenha.

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

A elevada prevalência nacional dos fatores de risco das doenças cardiovasculares obriga a que se tenha uma especial atenção à sua efetiva prevenção, deteção e correção, tendo em atenção que o conceito subjacente a este termo aglutina não apenas as ações que evitam a perda da saúde, mas também todos os cuidados que promovem a sua recuperação. Como tal, é urgente a adoção de medidas que potenciem, na população portuguesa, a redução dos fatores de riscos, a concretização de um rápido e adequado plano de tratamento e a atuação na prevenção secundária (Direção Geral de Saúde - *Programa Nacional de Prevenção e Controle das Doenças Cardiovasculares*, 2007)

Os principais fatores de risco, associados à doença coronária são o tabagismo, álcool, HTA, colesterol alto, obesidade, sedentarismo e as dietas pouco saudáveis. O stresse, o isolamento social, a ansiedade e depressão também aumentam o risco de doenças cardíacas (Rocha, 2008).

A existência de múltiplos fatores de risco aumenta exponencialmente o risco de AVC. A ocorrência de novos episódios de AVC contribui para um aumento severo de morbilidade dos doentes afetados. Segundo dados do Stroke Data Bank, 3,3% dos indivíduos com AVC sofreram um episódio no prazo de 30 dias (Sacco *et al.*, 1989, cit. in Martins, 2002). Os fatores de risco atuam de forma a favorecer aterosclerose dos vasos extra e intracranianos, ou contribuindo para a oclusão ou agravamento de cardiopatias. Um maior controlo dos seus fatores de risco exige por parte do doente toma de medicação, o que faz com que haja mais gastos económicos influenciando negativamente a qualidade de vida. Reduzir a incidência do AVC através da prevenção dos seus fatores de risco pode ser um meio eficaz de economizar recursos hoje utilizados no tratamento dos doentes.

De acordo com a Escala de Apgar Familiar, obtivemos uma pontuação média de 10 o que corresponde a família altamente funcional. Estes dados corroboram os apurados por Martins (2002), o que, *a priori*, demonstra que quanto mais funcional for a família maior será a função emocional e a recuperação dos doentes. Neste sentido, Scalzo (2010) refere que os

fatores psicossociais podem alterar os padrões de comportamento dos doentes com AVC, o qual tem a sua estrutura abalada e, muitas vezes, sente dificuldade de aceitação e de conformidade com a doença e com o tratamento. O suporte social oferecido ao doente e a forma como ele o percebe é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar toda a situação vivenciada, que o auxiliem na preservação da qualidade de vida, atenuando o sofrimento face à doença e suas sequelas que tanto o fragiliza e o pode tornar dependente. Com este apoio o desempenho emocional do doente aumenta. As autoras citadas, através do seu estudo, concluíram que os doentes com AVC que não possuem tanto apoio familiar e social percebem os efeitos da doença de forma negativa, o que interfere no modo como estes avaliam a sua qualidade de vida, que se apresenta também ela negativa.

No que se refere ao estudo inferencial, apurámos que os inquiridos do sexo feminino apresentam médias mais elevadas em todas as dimensões da Escala da Qualidade de Vida, existindo diferenças estatísticas ligeiramente significativas apenas para o *Isolamento Social* ($p=0,033$). Os dados obtidos no presente estudo estão em consonância com os encontrados por Sousa (2011), uma vez que os doentes do sexo masculino obtiveram melhores resultados em quase todas as dimensões da qualidade de vida. O facto do sexo feminino ter piores resultados, *grosso modo*, como aconteceu no nosso estudo, é suportado por vários autores (Zalihic, 2010; Gray, 2007 & Lai, 2005). Zalihic (2010) refere que a explicação desses mesmos resultados pode estar associada a fatores como a idade, a fraca condição física antes do AVC e o estado depressivo após o mesmo, que são tidos como fatores predisponentes para uma diminuição da qualidade de vida. Inclusive, porque as mulheres vêm condicionadas as suas ABVD devido à incapacidade funcional que apresentam, mesmo que esta seja moderada, o que as torna dependentes de alguém, predispondo-as a uma maior vulnerabilidade psicológica, com interferência na percepção da sua qualidade de vida.

No que se refere à idade, os resultados demonstram que quer os participantes mais velhos, quer os mais novos, na maioria das dimensões da qualidade de vida, apresentam valores médios muito próximos, não havendo diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões. No geral, são os doentes com idades acima dos 75 anos a revelarem uma qualidade de vida mais reduzida. Por norma, associa-se a idade aos fatores de risco do AVC e não à qualidade de vida. Como tal, considera-se que os resultados apurados estão relacionados, por um lado, com as patologias que mais afetam os adultos; com o próprio envelhecimento, uma vez que este produz alterações significativas em vários sistemas do

corpo humano, diminuindo algumas das faculdades, o que leva, conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida (Sousa, 2011).

Garber (2010) referem que a capacidade de realizar uma tarefa motora requer o envolvimento de diversos sistemas, sobretudo o psicológico, o neuromotor, o músculo-esquelético e o cardiorrespiratório. Como a função normal destes sistemas se deterioram ao longo do tempo com a idade, podendo também ser alterada pela presença de uma doença, neste caso o AVC, as manifestações clínicas traduzir-se-ão, principalmente, em alterações cognitivas, motoras e físicas, o que conseqüentemente afeta a saúde física e a mental, resultando no comprometimento da qualidade de vida. As condições de vida afetam a saúde e esta influencia a qualidade de vida, porém o maior desafio a ser resolvido diz respeito às intervenções que devem ser realizadas para que se possa influenciar favoravelmente a qualidade de vida destes doentes, em todas as suas dimensões.

Quanto ao estado civil versus as dimensões da qualidade de vida, constatámos que foram os participantes solteiros que apresentaram scores mais elevados em todas as dimensões, o que resultou em diferenças estatísticas ligeiramente significativas para o *Isolamento Social* ($p=0,018$). Posto isto, podemos dizer que foi este grupo de doentes que revelou uma percepção menos positiva da sua qualidade de vida após o AVC. Estes dados poderão ser suportados com o facto de as pessoas solteiras não terem tanto apoio familiar, o que os poderá levar a ter menos ajudas na mobilidade física, ficar sem energia, com reações emocionais mais negativas, resultando numa percepção da sua qualidade de vida menos positiva (Polese, 2008). Martins (2002) também refere que os indivíduos sem apoio, ou mesmo com suporte insuficiente de familiares, amigos e/ou pessoas efetivamente significativas tendem a apresentar mais dificuldades de adaptação à sua nova condição e, por conseqüência, a ter uma apreciação da sua qualidade de vida mais negativa.

Os indivíduos casados ou que vivem acompanhados possuem um maior apoio quando comparados aos solteiros, viúvos ou separados. Alguns autores têm defendido a ideia de que o casamento é um fator protetor para os homens, mas não para as mulheres (Malheiro *et al.*, 2009).

No que diz respeito à influência da residência nas dimensões da qualidade de vida, os resultados demonstraram que os doentes da zona rural apresentam as médias mais elevadas na maioria das dimensões da qualidade de vida, com exceção da dimensão *Isolamento Social*, onde foram os participantes da zona urbana a revelar uma média mais elevada. Porém, não houve diferenças estatisticamente significativas para qualquer dimensão da escala. Com base

nestes dados, pode dizer-se que, na globalidade, são os participantes a viverem em zonas rurais que apresentam menor qualidade de vida, o que poderá ser justificado com o facto de estes doentes não terem tanto acesso aos recursos necessários para uma melhor e mais rápida recuperação. Aliás, como se verificou a maioria dos doentes da nossa amostra afirmou que já fez sessões de reabilitação, no entanto, teve de abandonar essas sessões por causa das condições económicas.

O fácil acesso aos serviços de saúde tem sido apontado como um dos melhores indicadores da qualidade da manutenção ou obtenção de saúde. O ambiente socioeconómico, enquanto determinante estrutural da saúde, tem capacidade de condicionar o comportamento em certas condições de vida. Alguns estudos concluem que em áreas de maior coesão e participação social parece haver um maior controlo sobre os comportamentos nocivos à saúde e, em simultâneo, um desenvolvimento dos comportamentos saudáveis (OMS, 2006). Segundo António (2001), os indivíduos com melhor qualidade de vida são os que vivem num meio urbano.

Quanto às habilitações literárias, os resultados alcançados demonstraram que os participantes que não sabem ler nem escrever foram os que obtiveram, na generalidade, as médias mais elevadas, o que se traduz numa perceção mais negativa da sua qualidade de vida. Não registámos diferenças estatisticamente significativas para qualquer uma das dimensões. No estudo levado a cabo por Dantas, Peregrino e Garbin (2007, cit. in Costa, 2009), concluiu-se que, quanto maior o grau de escolaridade dos sujeitos, mais crítica é a visão do apoio emocional recebido, o que se traduz numa melhor perceção da qualidade de vida. Também segundo Clarke *et al.* (2002, cit. in Martins, 2006), os indivíduos com mais anos de escolaridade apresentam recursos socioeconómicos mais elevados e expressam um maior significado e propósito de vida, crescimento pessoal e melhor adaptação à sociedade do que os indivíduos com menos habilitações.

No que se refere à situação laboral, os resultados demonstraram que os doentes reformados, na generalidade, são os que apresentam médias mais elevadas, seguidos das participantes domésticas e dos desempregados, mas sem qualquer significado estatístico. Vestling, Tufvesson e Iwarsson (2003, cit. in Rabelo & Neri, 2006) referem que as vítimas de AVC são afetadas de tal forma que as suas atividades são limitadas, impossibilitando o doente de voltar ao trabalho, o que determina forte declínio no bem-estar global, dada a importância do trabalho não só para a sobrevivência mas também para o autoconceito, o status social e as relações sociais.

Ainda neste contexto, Clarke *et al* (2002, cit. in Martins, 2006) refere que numa fase em que pode estar comprometida a capacidade do indivíduo para o desenvolvimento de actividades remuneradas, relacionado com a idade e doença, a situação financeira, normalmente torna-se preocupante. A situação de doença tem mais encargos económicos, geralmente associada a gastos com consultas médicas, medicação, produtos de higiene e conforto e, por vezes, com gastos com terceiros, por serviços que o indivíduo deixou de poder realizar. Deste modo, o facto de ter recursos financeiros suficientes para dar resposta aos problemas imediatos e mais frequentes do dia-a-dia é um aspeto determinante no bem-estar de muitos doentes e suas famílias.

Através da análise inferencial, apurámos que os doentes com AVC isquémico registaram as médias mais altas, na maioria das dimensões da qualidade de vida, com exceção da dimensão *Mobilidade Física*, onde foram os doentes com AVC hemorrágico a terem os valores médios mais elevados. Todavia, não existem diferenças estatísticas significativas em qualquer uma das dimensões.

Salientamos que as reações emocionais negativas e o isolamento social afetam a qualidade de vida dos doentes vítimas de AVC, o que está documentado no estudo Mackenzie e Chang (2002, cit. in Costa, 2009). A limitação da capacidade funcional, situações de viuvez ou laços familiares pouco consistentes podem também induzir a restrições dos contatos sociais e conduzir ao isolamento, perturbando a dimensão social destes doentes.

Constatámos que os doentes internados há mais de 14 dias são os que revelaram uma perceção mais negativa da sua qualidade de vida, atendendo a que, na maioria das dimensões da escala, foram estes participantes que obtiveram médias mais elevadas. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas para as dimensões da escala. Importa referir que uma grande percentagem de doentes internados por AVC fica com elevados défices de mobilidade e de autonomia, quer por razões ligadas diretamente à patologia quer ao seu ciclo vital. Como tal, é necessário fazer educação para a saúde adequada e dirigida às necessidades do doente e família, não só para que se mantenha um plano de reabilitação minimamente adequado no domicílio e no encaminhamento para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), mas também para que não haja um agravamento ou mesmo retrocesso na situação do doente. Assim, o tempo de internamento por vezes prolonga-se devido à não existência de condições necessárias (disponibilidade de alguém para cuidar do doente, disponibilidade para realização de ensinamentos à família, etc.) para a continuidade de cuidados no domicílio, ao aparecimento de complicações ou agravamento da situação do doente que

dificultam a sua recuperação e ao encaminhamento para a RNCCI que, por vezes, é um processo moroso. O desenvolvimento de complicações clínicas e neurológicas podem dificultar a recuperação do doente e ficar com mais sequelas, podendo influenciar a qualidade de vida negativamente.

Quanto ao local da lesão versus as dimensões da qualidade de vida, os dados demonstraram que foram os doentes com lesão no hemisfério esquerdo e lesão no hemisfério direito a obterem scores mais elevados na maioria das dimensões, mas com ausência de significado estatístico para cada uma das dimensões da escala. Ou seja, foram estes doentes a perceberem de forma mais negativa a sua qualidade de vida. A localização da lesão aduz capacidade preditora na variação do estado de saúde, em praticamente todos os domínios. São relevantes em termos preditivos a deficiência e a incapacidade, sendo que quanto maior o seu grau, menor será o perfil de estado de saúde. Quanto à área de localização da lesão, Cunha (2009) também verificou no seu estudo que os doentes repartem-se por lesão do hemisfério esquerdo e hemisfério direito, revelando menor qualidade de vida.

Após a lesão, um determinado número de alterações histopatológicas ocorre em várias regiões do córtex. Tais alterações podem causar vários graus de impacto na funcionalidade do doente, gerando incapacidade e afeção do potencial de reabilitação (Mercier, Audet, Hébert, Rochette & Dubois, 2001). A localização e a extensão ou gravidade da lesão determinam diversos tipos de lesões nas funções motoras, nas sensitivas, nas mentais e nas funções de percepção e da linguagem, diminuindo a qualidade de vida do doente.

No que diz respeito à influência do programa de reabilitação nas dimensões da qualidade de vida, verificou-se que os doentes que iniciaram um programa de reabilitação no internamento apresentam valores médios mais elevados na totalidade das dimensões. Todavia, não há diferenças estatísticas significativas em nenhuma das dimensões da escala. Estes resultados não eram os esperados, uma vez que quanto mais elevadas são as médias, menor é a qualidade de vida, o que se poderá dever ao facto de que para o sucesso da reabilitação não é suficiente melhorar o seu estado funcional, sendo também necessário pensar em medidas no sentido de trabalhar a diminuição dos sintomas depressivos e a manutenção das relações sociais que o indivíduo estabelece.

O facto de não existirem diferenças estatisticamente significativas pode também ser resultado do elevado grau de dependência do doente e do número reduzido de sessões de reabilitação, referidas pelo doente. A não continuidade do processo de reabilitação deveu-se, principalmente, a fatores económicos.

Quanto à influência da funcionalidade familiar nas dimensões da qualidade de vida, verificou-se a prevalência dos doentes com disfunção acentuada e moderadamente funcionais, mas com ausência de significado estatístico para cada uma das dimensões da escala. Estes dados demonstram que foram estes doentes que perceberam de forma mais negativa a sua qualidade de vida.

Neste contexto, poder-se-á dizer que quanto maior a funcionalidade familiar maior a função emocional e a vitalidade dos doentes. Pedroso e Sbardelloto (2008, cit. in Costa, 2009) referem que os fatores psicossociais podem alterar os padrões de comportamento dos doentes, o qual tem a sua estrutura abalada e, muitas vezes, sente dificuldade de aceitação e de conformidade com a doença e com o tratamento. O suporte familiar oferecido ao doente e a forma como ele o percebe é de extrema importância para o desenvolvimento de novas estratégias para enfrentar toda a situação vivenciada, que o auxiliem na preservação da qualidade de vida, atenuando o sofrimento face às sequelas do AVC que tanto o fragiliza e o torna dependente. Com este apoio o desempenho emocional do doente aumenta. As autoras citadas, através do seu estudo, concluíram que os doentes que não possuem tanto apoio familiar e social percebem os efeitos da doença de forma negativa, o que interfere no modo como estes avaliam a sua qualidade de vida, que se apresenta também ela negativa.

Os dados demonstraram que os participantes severa e totalmente dependentes, respetivamente, foram os que revelaram médias mais elevadas na maioria das dimensões, com diferenças estatísticas ligeiramente significativas (*Sono* $p=0,024$; *Isolamento Social* $p=0,005$), muito significativas (*Energia* $p=0,001$) e muitíssimo significativas (*Mobilidade Física* $p=0,000$) na maioria das dimensões, exceto na *Dor* ($p=0,147$). Atendendo a estes resultados, que mostram que os doentes total e severamente dependentes são os que perceberam de forma mais negativa a sua qualidade de vida. A este respeito refere-se que um terço dos sobreviventes de um AVC apresenta incapacidade entre moderada e severa e 10% com incapacidade para viver na comunidade, necessitando de cuidados permanentes de terceiros (Eusi, 2003). Outros estudos revelam que mais de metade destes doentes apresenta vários níveis de incapacidade e dependência na realização das suas atividades de vida diária (Melo & Ferro, 2003 & Roth *et al.*, 2004), com impacto nos vários domínios da sua funcionalidade, vida pessoal, familiar, social, profissional e económica, diminuindo, desta forma, a sua qualidade de vida.

5. CONCLUSÃO

O AVC tem vindo a ocupar um lugar de destaque por ser atualmente a segunda maior causa de morte no mundo (OMS, 2006). Em Portugal, a principal causa de morte e de incapacidade é causada pelo AVC, sendo que esta condição deixa graves sequelas, não só a nível físico, mas também a nível psicológico, emocional, social, entre outros, para além de afetar o meio social em que o doente está inserido, nomeadamente, a família e os amigos (Carvalho, 2009).

Sendo o AVC a principal causa de dependência e de incapacidade em Portugal (Sá, 2009), ganha toda a relevância destacar as suas manifestações motoras mais frequentes: a hemiparésia e a hemiplegia, geradoras de uma assimetria corporal do lado afetado, resultando na instabilidade postural em repouso e em movimento (Direcção Geral de Saúde, 2010), colocando assim em risco a qualidade de vida do doente/família.

A qualidade de vida foi definida, em 1994, pelo grupo de qualidade de vida da OMS, como “a perceção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores no qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e aos seus interesses” (Costa, 2009, p.54). Desta forma, o conceito de qualidade de vida tem sido interpretado sob distintas perspetivas, abrangendo o bem-estar físico, psicológico e espiritual, além de aspetos sociais, económicos e políticos.

O termo qualidade de vida relacionada com a saúde é um termo não específico, frequentemente usado como sinónimo de estado de saúde, menos abrangente que o conceito de qualidade de vida em geral, pois, ao contrário deste, não agrega impactos da alimentação, abrigo, padrões de vida, segurança, fatores ambientais, físicos, sociais e outros, referindo-se à função do doente em perceber a sua performance em quatro dimensões: física, funcional, psicológica e social (Costa, 2009).

Vários são os aspetos relacionados com a diminuição do estado de saúde em doentes após AVC, mesmo os independentes na realização das suas atividades de vida diária têm reportado uma diminuição da sua qualidade de vida, noutras dimensões que não apenas na sua componente física (Muus & Ringsberg, 2007). Deste modo, é sugerido aos profissionais de saúde que não se limitem à avaliação da dimensão física, tornando-se relevante a avaliação dos impactos do AVC também nas dimensões mental e social.

Sá (2009) salienta que mais de metade dos doentes que sofreram um AVC apresenta uma saúde mental negativa, podendo, inclusive, resultar em depressão, sendo que esta tende a aumentar com o tempo, assim como a sua associação a perturbações de linguagem e de comunicação que tendem a aumentar o risco de desenvolvimento de défices cognitivos.

O estudo de Weerd *et al.* (2011) mostrou que os doentes sem depressão ou ansiedade apresentavam melhor qualidade de vida nas dimensões função social, desempenho emocional, vitalidade e saúde mental, contrariamente aos doentes que pararam ou reduziram a atividade física, tendo revelado pior qualidade de vida, sobretudo nas dimensões função física e desempenho físico. No mesmo estudo verificou-se que a diminuição da qualidade de vida no que respeita às dimensões função física e social, vitalidade e saúde mental era condicionada pela diminuição da capacidade funcional dos doentes. Em suma, o AVC condiciona a qualidade de vida em diversas dimensões (Sá, 2009).

Foi neste contexto que surgiu a importância de avaliar a qualidade de vida em doentes após AVC, atendendo-se ao facto de que o impacto provocado é tão devastador e que cerca de 90% dos sobreviventes desenvolvem algum tipo de défice (Scalzo *et al.*, 2010). Assim, o nosso estudo teve como objetivos avaliar a qualidade de vida do doente após AVC, através da identificação dos fatores sociodemográficos capazes de a influenciar; analisar a influência dos fatores clínicos, a funcionalidade familiar e a importância da dependência funcional na qualidade de vida dos doentes após AVC; averiguar a importância da reabilitação na recuperação e qualidade de vida destes doentes; identificar em que dimensões da Escala de Avaliação de Qualidade de Vida os doentes vítimas de AVC apresentavam mais alterações.

Para se poderem alcançar estes objetivos, recorreu-se a um estudo transversal, orientado segundo uma lógica descritiva, o qual contou com uma amostra de 75 doentes internados por AVC no CHTMAD – Unidade Hospitalar de Lamego, no serviço de Medicina, entre 01 de Janeiro de 2011 a 31 de Julho de 2011, com alta hospitalar há mais de 3 meses.

Na amostra de doentes em estudo, os homens têm menos idade do que as mulheres, em que a participante mais velha tinha 93 anos. A faixa etária mais predominante, em ambos os sexos, foi de 61-75 anos. Constatámos uma predominância de doentes do sexo masculino. Quanto ao estado civil, sobressaiu um predomínio dos homens casados, enquanto no grupo do efetivo amostral das mulheres os valores percentuais mais significativos foram para as viúvas. Em relação às habilitações literárias, a percentagem mais significativa foi para os doentes com um nível baixo de escolaridade (4ª classe), cuja prevalência foi para os participantes do sexo masculino. No grupo de participantes do sexo feminino, a maioria não sabem ler nem

escrever. Outra conclusão a que se chegou foi a de que o grupo de indivíduos da amostra reformados predominou em ambos os sexos, tal como as moradias com escadas, ao nível das condições habitacionais.

Apurámos que em ambos os sexos prevalecem os doentes com AVC isquémico, com um tempo de internamento superior a 14 dias. O mesmo se passa com o local da lesão, sendo o hemisfério esquerdo o mais lesado nos dois grupos. Um outro resultado a que chegámos foi que a grande maioria dos homens e das mulheres iniciou o programa de reabilitação, tendo sido o enfermeiro de reabilitação o responsável pela realização do programa. Na maioria dos elementos de ambos os sexos, o programa de reabilitação foi continuado pós alta. Porém, as questões económicas foram as mais apontadas pela maioria dos participantes como a causa intrínseca às desistências de programas de reabilitação pós alta.

Apurámos que os principais fatores de risco presentes nos doentes da amostra em estudo eram a HTA e a HTA associada à diabetes.

No que se refere ao estudo inferencial, apurámos que os doentes do sexo feminino apresentam scores mais elevados em todas as dimensões da Escala da Qualidade de Vida, existindo diferenças estatísticas significativas apenas para o *Isolamento Social*. Estes resultados evidenciam que, na globalidade, as mulheres revelam uma perceção da sua qualidade de vida de forma menos positiva, pois quanto mais elevadas forem os valores, maiores são os défices de saúde.

Relativamente à idade, os resultados demonstraram que os participantes mais velhos, quer os mais novos, na maioria das dimensões da qualidade de vida, apresentam valores médios muito próximos, não havendo diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões. No geral, são os doentes com idades acima dos 75 anos que revelaram uma qualidade de vida mais reduzida.

Quanto ao estado civil versus as dimensões da qualidade de vida, constatámos que participantes solteiros apresentaram scores mais elevados em todas as dimensões, havendo apenas diferenças estatísticas ligeiramente significativas para a dimensão *Isolamento Social*. Posto isto, podemos dizer que é este grupo de doentes que revelaram uma perceção menos positiva da sua qualidade de vida após o AVC.

No que diz respeito à influência da residência nas dimensões da qualidade de vida, os resultados evidenciaram que os doentes da zona rural apresentam as médias mais elevadas na maioria das dimensões da qualidade de vida, com exceção da dimensão *Isolamento Social*,

onde foram os participantes da zona urbana a revelar uma média mais elevada. Não se registaram resultados estatisticamente significativos. Com base nestes dados, pode dizer-se que, na globalidade, são os participantes a viverem em zonas rurais que apresentam menor qualidade de vida.

Quanto às habilitações literárias, os resultados alcançados evidenciaram que os participantes que não sabem ler nem escrever foram os que obtiveram, na generalidade, as médias mais elevadas, o que se traduz numa perceção mais negativa da sua qualidade de vida. Não registámos diferenças estatisticamente significativas para as dimensões da escala. O mesmo se passou em relação às variáveis situação laboral e condições habitacionais.

Salientamos que os doentes com AVC isquémico obtiveram as médias mais elevadas na maioria das dimensões que avaliam a qualidade de vida, com exceção na dimensão *Mobilidade Física*, onde foram os participantes com AVC hemorrágico a terem os valores médios mais altos. Porém, não se registaram diferenças estatisticamente significativas em qualquer uma das dimensões.

Os dados alcançados demonstraram que os doentes internados há mais de 14 dias foram os que registaram valores médios mais elevados na maioria das dimensões da escala da qualidade de vida, o que equivale a uma perceção mais negativa da mesma. Não registámos diferenças estatisticamente significativas para as dimensões da escala.

Outra conclusão a que chegámos foi que os doentes que têm lesão no hemisfério esquerdo e os que têm lesão no hemisfério direito apresentaram, na maioria das dimensões da qualidade de vida, os valores médios mais elevados, significando que estes doentes percecionaram a sua qualidade de vida de forma mais negativa. No entanto, esses valores não resultaram em diferenças estatisticamente significativas para cada uma das dimensões.

Verificámos que os doentes que iniciaram um programa de reabilitação no internamento demonstraram que, totalidade das dimensões da qualidade de vida, registaram as médias mais elevadas, traduzindo-se numa menor qualidade de vida. Não se registaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões.

Quanto à influência da funcionalidade familiar nas dimensões da qualidade de vida, os doentes com disfunção acentuada e moderadamente funcionais são os que apresentam médias mais elevadas, mas com ausência de significado estatístico para cada uma das dimensões da escala, pelo que foram estes doentes que percecionaram de forma mais negativa a sua qualidade de vida.

Por último, os dados demonstraram que os participantes totalmente dependentes e severamente dependentes foram os que revelaram médias mais elevadas na maioria das dimensões, com diferenças estatísticas significativas (*Sono* e *Isolamento Social*), bastante significativas (*Energia*) e altamente significativas (*Mobilidade Física*) na maioria das dimensões, exceto na *Dor*.

Os dados alcançados revelaram que os participantes, na globalidade, avaliaram a sua qualidade de vida, após AVC, de uma forma pouco positiva. A ocorrência de um AVC tem um impacto direto ou secundário na maioria dos aspetos da saúde dos doentes, verificando-se que, mesmo os que apresentam apenas consequências mínimas, a sua maioria revela uma diminuição da sua qualidade de vida relacionada com a saúde. Alguns fatores demonstraram contribuir para esta diminuição, incluindo-se o avançar da idade, a severidade ao nível funcional, o compromisso cognitivo, a presença de fatores de risco, o tempo de internamento, o tipo de AVC e local da lesão. De igual forma, alguns autores, como Muus e Ringsberg (2007), defendem que a perda ou diminuição na linguagem por parte de alguns doentes após o AVC é, igualmente, um fator que se encontra significativamente relacionado com um baixo nível de qualidade de vida nestes doentes.

Por outro lado, a perda da autonomia correlaciona-se fortemente com capacidade funcional e o facto de o doente ficar dependente dos outros nos autocuidados, nomeadamente no vestir, alimentar-se e tomar banho, são problemas frequentes nos doentes após AVC, aos quais se associa uma diminuição da qualidade de vida. As dificuldades em executar atividades recreativas e passatempos são também frequentemente descritos em estudos com doentes pós AVC. Tal como na capacidade funcional, estes doentes expressam níveis baixos de saúde mental e de bem-estar psicológico. Após o AVC, as alterações emocionais são um sintoma frequente. Como tal, o bem-estar psicológico tem sido considerado como uma dimensão essencial na qualidade de vida destes doentes (Costa, 2009).

Assim sendo, sugere-se a continuidade deste trabalho, estudando-se o bem-estar emocional, o autoconceito, o autocontrolo, a satisfação com a vida e a capacidade cognitiva dos doentes após AVC, com o intuito de verificarmos a sua correlação com a qualidade de vida.

Também seria pertinente que fossem desenvolvidos outros trabalhos nesta área como por exemplo com a utilização de diferentes escalas da avaliação da qualidade de vida, outras variáveis, novas hipóteses e questões, a comparação de qualidade de vida antes e após a ocorrência do AVC, o estabelecimento de correlações entre os diferentes domínios da escala

utilizada e a determinação da qualidade de vida no adulto vítima de AVC, uma vez que a ocorrência desta patologia está a surgir cada vez mais cedo promovendo assim, novos caminhos de investigação.

Um aspeto que nos surpreendeu durante o processo de colheita de dados foi o facto de alguns destes doentes com elevadas incapacidades físicas, verbalizarem satisfação com determinados aspetos como a perceção de energia, a satisfação consigo próprio e a aceitação de aparência física, levando-nos a uma importante reflexão sobre a subjetividade da qualidade de vida, tão patente na nossa fase conceptual, alcançando o objetivo inicial do nosso estudo. Esperamos enriquecer a prática nos cuidados de enfermagem, num melhor planeamento de ação e intervenção, principalmente junto dos doentes que se deparam com uma doença com sequelas incapacitantes como é o AVC.

No percurso deste estudo deparámo-nos com algumas dificuldades nomeadamente na colheita de dados, pelo sentimento de impotência que surgiu da nossa parte, já que estávamos conscientes de que era um contacto único, no qual tivemos conhecimento de situações em que não podíamos intervir.

A avaliação dos resultados não pode deixar de ter em conta algumas limitações do estudo, impondo-se prudência na sua interpretação e generalização, o número relativamente pequeno de doentes que integra a amostra limita e molda o estudo não permitindo a generalização dos resultados.

A amostra é pequena devido há não acessibilidade dos doentes pelo facto de termos que nos deslocar ao seu domicílio. Também o facto do estudo ser transversal revela apenas resultados de um período estanque de tempo.

Os resultados poderão não traduzir uma representação fidedigna da população ao utilizar uma amostra não probabilística acidental, constituída por métodos não aleatórios, ou seja, dos doentes facilmente acessíveis.

Outra limitação está relacionada com a restrição do tempo para nos deslocarmos ao domicílio do doente vítima de AVC para a aplicação do instrumento de colheita de dados, para a realização deste estudo, pelo que, de forma a conseguirmos uma amostra significativa em menor tempo optamos por variáveis de caracterização da amostra mais abrangentes, nomeadamente o tempo decorrido após o AVC.

Os resultados devem ser aprofundados de preferência com maior número de elementos da amostra, de variáveis e com estudos longitudinais para obter maior consistência, rigidez e significado.

Os dados obtidos e analisados não alteram nem acrescentam conhecimentos já determinados pelos diferentes teóricos, no entanto na pesquisa efetuada foi um processo formativo que conduz à reflexão sobre a importância da investigação no crescimento da enfermagem de reabilitação. Embora conscientes de que os resultados obtidos referem-se a uma amostra não representativa, não podendo deste modo generalizar os resultados, esperamos que este trabalho, seja um meio de reflexão para uma melhoria na qualidade dos cuidados associados ao doente após a ocorrência de AVC, acreditando nas suas potencialidades.

Uma vez na prática, seria relevante um investimento rigoroso no processo de reabilitação destes doentes, facilitando a integração social, de forma a possibilitar a satisfação de aspetos, como por exemplo, a capacidade para o trabalho, cujas disfunções os limitam, contribuindo assim, para uma melhor qualidade de vida.

A enfermagem de reabilitação tem como alvo prevenir complicações provocadas pelas sequelas do AVC, promover a independência a nível das AVD, potenciar as capacidades e preservar a auto-estima e a qualidade de vida do doente ao longo do ciclo vital, família e comunidade.

Como refere (Hoeman, 2000) “na enfermagem de reabilitação, a prevenção de agudização das capacidades, e manutenção das capacidades presentes, o alcance do maior número possível das capacidades funcionais e a qualidade e vida em geral são princípios fundamentais”.

No entanto, se não houver continuidade dos cuidados de reabilitação, estes doentes podem perder capacidades adquiridas, aparecer outras complicações e conseqüente aumento dos dias de internamento e aumento do risco de reinternamentos.

Sugerimos que se aposte mais nos programas de reabilitação o que constitui uma importante componente de um plano compreensivo para prestar cuidados de saúde aos doentes com AVC, ajudando-os a ter uma melhor qualidade de vida. A reabilitação pode ser, então, considerada como um processo de intervenção multifactorial em pessoas com AVC, de acordo com um programa estruturado, na tentativa de melhorar e manter as necessidades idiossincráticas de cada doente, podendo variar e, se nuns casos o objetivo é recuperar,

noutros é a diminuição da dependência. A intervenção pode incidir inicialmente na promoção do conforto físico e psicológico, pelo alívio da dor e redução do impacto emocional provocado pela doença; garantir uma relação de confiança com os prestadores de cuidados de saúde; fornecer um diagnóstico e programa de tratamento sucinto e compreensível.

As estratégias de intervenção devem abarcar a mobilização e a reabilitação do doente o mais precocemente possível, o envolvimento do doente e da família no processo de reabilitação, o aperfeiçoamento de mecanismos de garantia de qualidade nos serviços de reabilitação públicos e privados, bem como a produção de recomendações técnicas para prevenção do AVC recorrente.

É de salientar a importância das unidades de AVC, reconhecidas atualmente como o modo mais eficaz de tratar qualquer tipo de AVC. O internamento em Unidades de AVC tende a diminuir a demora média e de rentabilizar os recursos materiais (Rosas, 2000, cit. in Martins, 2006). Têm surgido por todo o País hospitais nos quais foi implementada esta valência com a finalidade de proporcionar a estes doentes logo após o AVC melhores cuidados de enfermagem de reabilitação e mais rápida recuperação.

A rede de cuidados continuados, embora tenha melhorado muito nos últimos anos, ainda não é suficiente face às necessidades, o que leva a uma elevada taxa de reinternamentos por não haver continuidade de cuidados no domicílio. De salientar, que muitos destes reinternamentos se devem ao simples fato dos familiares não saberem lidar com a nova situação do doente, devido à sua dependência ou mesmo por não reunir condições para cuidar dele.

Também uma melhor articulação entre cuidados de saúde secundários e primários ou Unidades de Cuidados Continuados Integrados relativamente aos cuidados de enfermagem de reabilitação seria um fator importante na melhoria da qualidade de vida do doente, família e comunidade.

Terminamos este estudo com a convicção de que atingimos os objetivos propostos, enriquecendo o conhecimento teórico da problemática da qualidade de vida do doente após AVC, para uma melhor intervenção na prestação de cuidados a estes doentes em função das suas necessidades, de forma a melhorar a sua adaptação e bem-estar e da sua família, contribuindo para a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, R.D.; Victor, M. & Ropper, A. H. (2003). *Neurologia*. Rio de Janeiro: Editora MCG Hill.
- Agostinho, M. & Rebelo, L. (1988). *Família, do conceito aos meios de avaliação*. Ver. Portuguesa de Clínica Geral.
- André, C.M. (2005). *Qualidade de vida e doença coronária*. Coimbra: Formasau.
- André, Charles (2006). *Manual de AVC* (2a ed). Rio de Janeiro: Revinter. ISBN 85-7309-970-4.
- António, J. (2001). *Aprender a viver com AVC*. Rio de Janeiro: Ed. Científica.
- Bech, P. (2003). *Quality of life measurement in chronic disorders*. Psychotherapy and Psychosomatics, pp.1-10.
- Branco, M. J.; Nogueira, P. J. & Dias, C. D. (2001) - *Mocecos: uma observação dos cidadãos idosos no princípio do século XXI*. Lisboa: Observatório Nacional de Saúde.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. Em M. C. Canavarro, & A. Vaz Serra (Eds.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C.; Pereira, M.; Moreira, H. & Paredes, T. (2010). *Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL*. Alicerces, pp.243-268.
- Carvalho, M. (2009). Doença Vascular Cerebral. Em Sá, M. (Coord.). *Neurologia Clínica: Compreender as Doenças Neurológicas* (pp.167-209). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.
- Costa, R. J. D. (2009). *Factores preditores do estado de saúde em indivíduos vítimas de AVC*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde, Aveiro.
- Cunha, F. (2009). *Qualidade de Vida e Coping do doente de Parkinson e seu cuidador após a Cirurgia Funcional de Parkinson*. Porto, Universidade Fernando Pessoa.

- Diniz, Denise Pará & Schor, Nestor (2006). *Qualidade de Vida* (1a ed.) Brasil: Editora Manole Lda.. ISBN 85-204-2349-3
- Direcção-Geral da Saúde (2001). *Direcção de Serviços de Planeamento Unidades de AVC: recomendações para o seu desenvolvimento*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Ministério da Saúde.
- Direcção Geral de Saúde (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Despacho 16415/2003, Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Acidente Vascular Cerebral – Itinerários Clínicos*. Lisboa – Porto: Lidel. ISBN 978-972-757-661-6.
- Duarte, C. (2009). *Reabilitação Cardiovascular*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Duarte, R. e colaboradores (2004). *Diabetologia Clínica*. Lousã: Lidel, Edições Técnicas, Lda..
- EUSI (2003). European Stroke Initiative Executive Committee, EUSI Writing Committee. European Stroke Initiative Recommendations for Stroke Management – Update, *Cerebrovascular Disease*, Vol. 16, 4, 311-337.
- Fardy, Paul S.; Franklin, Barry.A.; Pocari, John P. & Verril, David E. (2001). *Técnicas de Treinamento em Reabilitação Cardíaca* (1a ed.). Brasil: Editora Manole. ISBN 85-204-0989-X.
- Ferreira, Pedro & Melo, Elsa (Julho/Agosto de 1999). *Concepção de saúde e qualidade de vida: validação intercultural do Perfil de Saúde de Nottingham*. Nursing.. Nº 135, ano XII. ISSN 0871-6196.
- Ferro, M. J. (2006). *Prevenção secundária do AVC*. Pathos, pp. 8-13.
- Fortin, Marie-Fabienne (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização* (1a ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Fortin, Marie-Fabienne & Ducharme, Francini. *Os estudos de tipo correlacional*. In: Fortin, Marie-Fabienne (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3a ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Fortin, M. F. (2009). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures:

- Lusociência. ISBN 972-8383-10-X.
- Garber, C. (2010) *Physical and Mental health-related correlates of physical function in community dwelling older adults: a cross sectional study*. BMC Geriatrics.
- Gil, António Carlos (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas. ISBN 85-224-2270-2.
- Gomes, A.; Nascimento, E. & Matos, L. (2008). *Acidente Vascular Cerebral no adulto jovem: Estudo prospetivo de 58 doentes*. Medicina Interna. Vol.15.
- Gray, L. (2007) *Sex Differences in Quality of Life in Stroke Survivors. Data From the Tinzaparin in Acute Ischaemic Stroke Trial (TAIST)*. Stroke, pp.2-12.
- Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação: criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-43-6.
- Hill, Manuela & Hill, Andrew (2008). *Investigação por questionário* (2a ed.). Lisboa: Edições Sílabas, Lda. ISBN: 978-972-618-273-3.
- Hoeman, Shirley P. (2000) *Enfermagem de Reabilitação: aplicação e processo* (2a ed.). Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-13-4.
- Jaracz, K. W. (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, pp. 324-329.
- Kelley, Roger E. (2006). Ischemic Demyelination. *Neurol Res*, pp.30-37.
- Kelly-Hayes M. (1998). *The American Heart Association Stroke Outcome Classification*. Stroke, pp.1274-80.
- Lai, S. (2005). Sex Differences in Stroke Recovery. *Preventing Chronic Disease*.
- Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1995). *Metodologia científica* (2a ed. Revista e ampliada). São Paulo: Atlas. ISBN 85-224-0641-3.
- Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem* (4a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. ISBN 85-277-0659-8.
- Malheiro, A.; Nicola, A., & Pereira, C. (2009). *Contributo para adaptação e validação da Escala de Qualidade de Vida para Utentes após AVC* (Stroke Specific Quality of Life Scale: SS-QoL). ESSFisioonline, pp.12-24.

- Martins, M. M. F. P. da Silva (2002). *Uma Crise Acidental na Família – O Doente com AVC. Processos familiares/aceitação/dependência*. Coimbra: Formasau.
- Martins, T. (2006). *Acidente Vascular Cerebral: Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: Formasau – formação e saúde, Lda. ISBN 972-8485-65-4.
- Melo, T. & Ferro, J. (2003). Stroke units and stroke services in Portugal, *Cerebrovascular Diseases*, Vol. 15, Supl. 1.
- Mercier, L. ; Audet, T. ; Hébert, R. ; Rochette, A. & Dubois, M. F. (2001). *Impact of motor, cognitive, and perceptual disorders on ability to perform activities of daily living after stroke*, *Stroke*, Vol. 32, pp.2602-2608.
- Mestre, S. A. Z. V. (2004). *Acidente Vascular Cerebral – Que Implicações na Qualidade de Vida, Autoeficácia e Autoimagem do Sujeito?* Dissertação de mestrado não publicada, Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Muus, I.; Ringsberg, K., & Williams, L. (2007). *Validation of the Stroke Specific Quality of Life Scale (SS-QOL): test of reability and validity of the Danish version*. *Clinical Rehabilitation*.
- O’Sullivan, Susan B. (1993). *Fisioterapia: avaliação a tratamento* (2a ed.). São Paulo: Manole.
- Organização Mundial da Saúde (2006). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Genebra: Organização Mundial da Saúde.
- Patrick, D. L. & Erikson, P. (2003). *Health status and health policy*. Oxford: Oxford University Press.
- Pereira, A. & Poupá, C. (2004). *Como escrever uma tese, monografia ou livro científico usando o word*. Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (3a ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de Vida e Oncologia*. Coimbra: Almedina. ISBN 972-40-2791-0.
- Polese, J. (2008). *Avaliação da funcionalidade de indivíduos acometidos por Acidente*

- Vascular Encefálico. *Revista Neurociencia*, pp. 175-178.
- Rabelo, D. F. & Neri, A. L. (2006). *Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão*. Estudos de psicologia. Natal. Vol. III, 2-3.
- Regulamento n.º 125/2011*, de 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem de Reabilitação. Diário da República, 35, Série II.
- Ribeiro, J. L. S. (2008). *Qualidade de vida. Psicologia Clínica*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J.L.P., Meneses, R.F., Meneses, I. e Grupo-QDV (1998). Avaliação da qualidade de vida em crianças com diabetes tipo 1. *Análise Psicológica*, pp. 91-100.
- Rocha, S. I. M. (2008) *Doença Cerebrovascular Isquémica Aguda: Avaliação de Protocolo de Trombólise*. Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais. Dissertação de mestrado não publicada, Centro Hospitalar Cova da Beira, E.P.E. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Faculdade e Ciências da Saúde.
- Roth, E.J.; Heinemann, A.W.; Lovell, L.L.; Harvey, R.L.; McGuire, J.R. & Diaz, S. (2004). *Impairment and disability: their relation during stroke rehabilitation*. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 79, pp. 329-335.
- Sá, M. (2009). *AVC – Primeira Causa de Morte em Portugal*. Revista da Faculdade de Ciências da Saúde. pp. 12-19.
- Sampieri, R. H. ; Collado, Carlos Fernandes & Lucio, Pilar Batista (2006). *Metodologia de Pesquisa* (3a ed.). São Paulo: Editora McGraw-Hill
- Saladin, M. (2000). *Quality of life of stroke survivors*. Quality of Life Research, pp. 293-301.
- Santos, V. (2010). *Qualidade de Vida Após Acidente Vascular Cerebral*. Acedido em 5, Novembro, 2011, em http://www.chbargarvio.min-saude.pt/NR/rdonlyresQualidade_vida_apos_acidente_vasc_cerebral_enf_vit.pdf.
- Scalzo, P. (2010). *Qualidade de vida em pacientes com Acidente Vascular Cerebral: clínica de fisioterapia Puc Minas Betim*. Rev Neurocienc, pp. 139-144.
- Sequeira, Carlos (2007). *Cuidar de Idosos Dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora. 310p.. ISBN 978-989-558-092-7

- Sequeira, Carlos (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel, 360p.. ISBN 978-972-757-717-0.
- Silva, J. M. C. (2007a). *Colesterol, Lípidos e Doença Vascular* (1ªed). Lisboa: Lidel Editora.
- Silva, António Oliveira (2007b). *O essencial da Saúde: AVC*, Volume 10. Lisboa: Quidnovi. ISBN 978-989-554-320-5.
- Silveira, A.P.A. (2007). *Qualidade de vida do doente oncológico da cabeça e pescoço do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil*. Dissertação de mestrado não publicada, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Smith, E.; Sala, E.; Vehmas, K. & Laine, A. (1998). *Frequency of voice problems among teachers and other occupations*. Journal of Voice, V. 12, pp.480-488.
- Sousa, V.M.T. (2011). *Reabilitação após o AVC*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Medicina do Porto, Porto.
- Suzuki, K. (2002). *Pesquisa sobre a qualidade de vida de pacientes de UTI: uma revisão de literatura*. São Paulo: Escola de Enfermagem /USP.
- Tubone, Mariana Quirino (2007). Avaliação da qualidade de vida em pacientes portadores de doença cerebrovascular do tipo isquémico. Disponível em <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/CM0621.pdf>
- Weerd, L. et al. (2011). *Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice - recommendations for quality aftercare*. BMC Neurology, pp. 11-42.
- WHOQOL Group (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. Social Science and Medicine.
- Zalihic, A. (2010). Gender and Quality of Life After Cerebral Stroke. *Bosnian Journal of Basic Medical Sciences*. pp. 94-99.